Rok XXXIX. Kraków, 17 Listopada 1900. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O opatrywaniu szypuły guzów brzusznych, wychodzących z części rodnych kobiecych.

Podał

Dr. Aleksander Rosner

Doc. Uniw. Jagiell., profesor szkoły położnych.

Na VII-mym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1895 poruszyłem sprawę zapobiegania wypocinom około szypuł po wycięciu guzów brzusznych ginekologicznych, a mianowicie jajnikowych, trąbkowych i macicznych [1]). Uczyniłem to dlatego, że 1° używany powszechnie sposób podwiązywania szypuł *en masse* jedną lub kilku podwiązkami wydawał mi się niechirurgicznym, nie zasługującym z teoretycznego stanowiska na uznanie, a 2° że, zestawiając wyniki po operacyach guzów brzusznych, wyniki, dotyczące stanu zdrowia pacyentek w kilka tygodni po zabiegu, doszedłem do przekonania, że pozostawiają one wiele do życzenia. Który z tych dwóch względów jest ważniejszy, nie będę się spierał. Biorąc rzecz ze stanowiska teoretycznego, akademickiego, musimy wymagać od chirurga, ażeby umiał wytłómaczyć i usprawiedliwić potrzebę wszystkiego, co podczas zabiegu przedsiębierze; a wszystko to powinno zdążać do jednego celu, t. j. do osiągnięcia dobrego wyniku chwilowego i ochronienia chorej od jakichkolwiek powikłań po operacyi. Czasem (nie chcę temu przeczyć) akademickie, zupełnie zresztą słuszne stanowisko, nie da się pogodzić ze względami praktycznymi i wówczas powstają spory, tworzą się obozy operatorów, z których każdy ze swojego punktu widzenia ma zupełną racyę. Taki spór toczył się przed kilkunastu laty, kiedy w myomotomii zaczęła sobie zdobywać prawo obywatelstwa metoda śródotrzewnowa (intraperitonealna), broniona z początku wywodami teoretyczno-chirurgicznymi przeciw metodzie zaotrzewnowej (extraperitonealnej), powołującej się na liczby wyleczeń. Walka ta trwałaby zapewne dłużej, gdyby całkowite wyjęcie macicy przez pochwę, lub przez jamę brzuszną, nie było usunęło wraz z kikutem troski o jego zaopatrzenie.

A teraz zadajmy sobie pytanie, czy zwykły, powszechnie używany sposób podwiązywania szypuł guzów kobiecych *en masse* z tego lub owego stanowiska da się usprawiedliwić. Że jest powszechnie używany, z nielicznymi chyba wyjątkami, tego dowodzi piśmiennictwo, a mianowicie podręczniki nawet najnowsze, które opisują dokładnie tylko ten jeden sposób, wspominając zaledwie pobieżnie o innych. Hegar [2]) w ostatniem wydaniu swojego dzieła o operacyach ginekologicznych wspomina tylko dla interesu historycznego o różnych polecanych metodach, dodając, że tylko podwiązywanie *en masse* szypuły zdołało się utrzymać i jest obecnie wszędzie w użyciu. Pfannenstiel w podręczniku Veita [3]) wspomina też mimochodem o tem, że niektórzy operatorowie podwiązują poszczególne naczynia kikuta i przytacza między innemi nazwiska Pozziego, Napiera i Albana Dorana. Czyni to takie wrażenie, jak gdyby wspomniani autorowie porzucili byli podwiązywanie szypuły *en masse*. Tymczasem Pozzi [4]) w podręczniku swoim, a Napier [5]) w osobnym artykule, opisując dokładnie bieg operacyi, zalecają podwiązywanie szypuły w całości kilku podwiązkami, a tylko dodatkowo zamykają i podwiązują światła naczyń po przecięciu szypuły na przekroju widzialnych. Alban Doran, którego pracy znaleźć nie mogłem, był tak uprzejmy, że w liście z d. 30 września b. r. odpowiadając na odnośne pytanie, opisuje i ilustruje swój sposób operowania. Podwiązuje on w sposób nieco odmienny szypułę, w każdym razie jednak *en masse*, a tylko w niektórych przypadkach, jeśli tętnice na przekroju szypuły są grube, podwiązuje je cienkim jedwabiem. Wynika z tego, że autorowie, przytoczeni przez Pfannenstiela, zabezpieczają się wprawdzie przez podwiązanie poszczególnych naczyń przed krwawieniem, nie mniej jednak hołdują ogólnej zasadzie podwiązywania szypuły, i nie stanowią wyjątku. Zweifel [6]) w swoich wykładach klinicznych zaleca i opisuje tylko jeden powszechnie używany sposób hurtownego podwiązywania szypuły. Również Baldy [7]) w podręczniku, na który złożyło się dziesięciu ginekologów amerykańskich, nie wspomina ani słowem o innym sposobie. Hofmeier [8]) w podręczniku swoim zaleca tylko podwiązywanie hurtowne szypuły, a dla bezpieczeństwa radzi nadto podwiązywać światła przeciętych naczyń, a Bylicki [9]) w swojej ginekologii również tę tylko metodę dokładnie opisuje. Schröder [10]) wspomina oprócz o powszechnie używanej metodzie podwiązywania *en masse*, jeszcze o sposobie Keitha, polegającym

[1]) Rosner: W sprawie zapobiegania wypocinom około szypuł po wycięciu guzów brzusznych. (Pamiętnik VII Zjazdu chirurgów polskich. Kraków, 1896).

[2]) Hegar u. Kaltenbach: Operative Gynaekologie, 1897, p. 357.

[3]) Veit: Handbuch der Gynaekologie. 1898, III, 1 str. 469.

[4]) Pozzi: Traité de Gynécologie. 1892, str. 782.

[5]) Napier: Modern Ovariotomy. British gynaec. Journal, 1898, p. 88.

[6]) Zweifel: Vorlesungen über klinische Gynaekologie, 1892, str. 78.

[7]) Baldy: An american text-book of Gynecology, 1894, str. 602.

[8]) Hofmeier: Grundriss der gynaekologischen Operationen, 1892, str. 358.

[9]) Bylicki: Nauka o chorobach kobiecych, 1894, str. 547.

[10]) Schröder: Handbuch der Krankheiten der weib. Gesch. 1886, str. 426.

na zwęgleniu szypuły; zaleca jednak tylko metodę podwiązkową, choć wyraźnie podnosi i słusznie ocenia jej wady. Spencer Wells[11]) w wykładach o operacyach brzusznych rozważa jeszcze zalety i wady metody zaotrzewnowej (ekstraperitonealnej) w porównaniu z tą, która dziś niepodzielnie panuje; mówiąc zaś o opatrywaniu szypuły przed jej zapuszczeniem do jamy brzusznej, wspomina tylko o hurtownem jej podwiązaniu, względnie zwęgleniu sposobem Keitha i gwałtownem skręceniu szypuły Mac Leoda. Martin[12]) opisuje dokładnie tylko podwiązywanie *en masse*, którego używa, wspominając pobieżnie o innych sposobach opatrywania szypuły, między innymi o podwiązywaniu poszczególnych naczyń. W ten sposób mają operować Doran[13]), Napier[14]) i Pozzi[15]). Że tak nie jest, że owszem autorowie ci nie zarzucili podwiązywania szypuły *en masse*, wspomniałem wyżej. Schauta[16]) radzi podwiązywać szypułę *en masse* a dla zapewnienia się przed krwotokiem zamykać nadto światła naczyń na przekroju szypuły. O innych sposobach nie wspomina wcale.

To, co przytoczyłem, wystarczy, ażeby stwierdzić, że metoda podwiązywania szypuły *en masse* kilku podwiązkami jest powszechnie używana i że wszelkie inne sposoby są tu i ówdzie wspominane, bynajmniej nie jako równorzędne i równowartościowe, tylko raczej jako osobiste zapatrywania tego lub owego autora, zasługujące na notatkę „drobnym drukiem“ w obszernym, uwzględniającym piśmiennictwo podręczniku. Powtórzmy pytanie, czy to niepodzielne prawie panowanie jednej metody operacyjnej ma swoje źródło w jej zaletach i da się wytłómaczyć ze stanowiska praktycznego chirurga, mającego na oku jedynie dobry wynik operacyjny, lub ze stanowiska teoretycznego, akademickiego? Sądzę, że nie. Powoływanie się na dobre chwilowe wyniki jest nieszczere i niesłuszne. Wszyscy wiemy, że jest to zasługą nie tej lub owej metody opatrywania szypuły, tylko dobrego zastosowania aseptyki, której rozwój przypadł właśnie na czas używania tego sposobu operacyjnego. Zresztą i z punktu widzenia chwilowych wyników możemy sposobowi temu zrobić poważny zarzut: nie zabezpiecza on należycie przed krwawieniem. Krwawienie to powstać może w rozmaity sposób, albo przez to, że podwiązka z pewnej części szypuły zsunie się, albo przez to, że naczynie tętnicze mocą swojej sprężystości cofnie się poniżej linii podwiązek, w głąb szerokiego wiązadła, albo wreszcie dlatego, że operator przekłół igłą Dechampea splot żylny, lub rozdarł go, naciągając szypułę do góry. W pierwszym przypadku powstanie krwotok do wolnej jamy brzusznej, w drugim w tkankę łączną więzu szerokiego *(haematoma ligamenti lati)*, w trzecim powstać może jedno i drugie.

W piśmiennictwie znajdujemy tych przypadków poddostatkiem. Freeman[17]) zmuszony był wkrótce po owaryotomii otworzyć powtórnie brzuch z powodu objawów ostrej niedokrewności; znalazł krwawienie z rozdartego splotu wicinowatego *(plexus pampiniformis)* i szczęśliwie zdołał ocalić gasnące już życie pacyentki. Hauks[18]) przytacza sześć przypadków, dwa swoje i cztery obce, z których cztery skończyły się śmiercią z ostrej niedokrewności, a zaledwie dwa zdołano uratować. Przyczyną krwawienia było zesunięcie się podwiązki. Krasowski[19]) stracił z 21 operowanych 3 chore, z tego dwie z powodu skrwawienia się z naczynia, rozdartego tępą igłą Dechampea. Lawson Tait[20]), mówiąc o krwiakach w tkance łącznej więzu szerokiego, podaje jako częstą ich przyczynę poprzedzający zabieg operacyjny i pisze: „nie jestem w stanie powiedzieć dokładnie, ile takich pooperacyjnych krwiaków widziałem, napewne jednak nie mniej jak 50, a prawdopodobnie 70 lub 80“. Nie wyda nam się to przesadzonem, jeżeli uwzględnimy olbrzymie liczby owaryotomij, dokonanych przez Taita. Penrose[21]) uważa krwawienie, zwłaszcza do tkanki łącznej więzu szerokiego, za zdarzenie częste po owaryotomii. Święcicki[22]) wspomina również o tych krwawieniach i przytacza przypadki Zielewicza i innych. Naturalnie możnaby znaleźć tych przypadków znacznie więcej; nie trzeba jednak zapominać, że większość ich nie została wcale ogłoszoną, zwłaszcza jeśli krwawienie skończyło się śmiercią. Te przypadki krwawień pooperacyjnych muszą iść na karb metody podwiązywania szypuły i usprawiedliwiają, choćby ich nawet było niewiele, troskę o metodę pewniejszą. Nietrudno zrozumieć, dlaczego podwiązywanie *en masse* usposabia do krwawienia. Przecięta szypuła guzów jajnikowych i trąbkowych miewa najczęściej kształt ściętego stożka, szerokiego u podstawy, a wązkiego w miejscu przekroju. Podstawa odpowiada całej szerokości więzu od macicy do ściany miednicy (*ligam. infundibulo-pelvicum*). Wobec tego podwiązki muszą mieć skłonność do zesuwania się ku miejscu przekroju, jako najwęższemu. Zrozumieli to ci operatorowie, którzy radzą przed założeniem podwiązek ścisnąć mocno szypułę kleszczykami i założyć podwiązki w rowek, przez tę manipulacyę powstały. Spaść mogą naturalnie tylko dwie podwiązki skrajne, leżące na wolnych brzegach szypuły — zewnętrznym i wewnętrznym. W przypadkach, w których szypuła jest wązka, są to jedyne podwiązki, które się wogóle zakłada; w każdym razie, choćby się nawet założyło kilkanaście podwiązek, te dwie skrajne są najważniejsze, jeśli nie jedynie ważne, one bowiem zamykają wielkie pnie tętnicze i sploty żylne. Jeszcze łatwiej, niż krwotok do wolnej jamy brzusznej, wytłómaczyć można krwawienie do tkanki łącznej więzu szerokiego, które Lawson Tait tak często spostrzegał. Jeśli szypuła jajnikowa lub trąbkowa nie jest bardzo długa, to guz, który mamy wyciąć, podnosimy mniej lub więcej silnie ku górze poza przecięte powłoki i w ten sposób uprzystępniamy sobie szypułę. Tę naciągniętą szypułę podwiązujemy i przecinamy. Rozumie się, że naczynia tętnicze wyciągnięte okazują skłonność do kurczenia się, do cofania się wgłąb więzadła, z chwilą,

[11]) Spencer Wells: Diagnose u. chirurgische Behandlung der Unterleibsgeschw. 1878, str 58.

[12]) Martin: Krankheiten der Eierstöcke... 1899, str. 793.

[13]) Doran: l. c.

[14]) Napier: l. c.

[15]) Pozzi: l. c.

[16]) Schauta: Lehrbuch der gesammten Gynaekologie. 1896, p. 1139.

[17]) Freeman: Lancet, 1887 I p. 1129—1131 (Frommel: Jahresbericht I, 1887).

[18]) Hauks: Amer. Journ. of. Obst. 1892, XLII p. 398 (Frommel Jahresbericht VI. 1892).

[19]) Krasowski: Frommel Jahresbericht VI. 1892, p. 686.

[20]) Lawson Tait Diseases of women. 1889, p. 486.

[21]) Penrose. The American Journ. of obstetrics N. Y. August, 1895. Frommel IX.

[22]) Święcicki: *Nowiny lekarskie*. 1891, Nr. 6, str. 269.

w której je przetniemy. Silne związanie *en masse* w pewnej odległości od miejsca przecięcia może przeszkodzić cofnięciu się naczynia poza linię podwiązek i najczęściej też wystarcza do zabezpieczenia od krwotoku. W innych przypadkach, w których sprężystość naczyń jest wielka, a wyciągnięcie szypuły znaczne, może jedno lub drugie naczynie tętnicze, jeszcze przedtem, nim zdołamy zamknąć jamę brzuszną, cofnąć się poza podwiązkę i wtedy w oczach naszych wytwarza się krwiak. Jeśli na takie wycofanie się poniżej podwiązek potrzeba było więcej czasu, krwiak może się zacząć tworzyć dopiero po operacyi. Niemiłe to zdarzenie pociągnąć może za sobą niedokrewność i opóźnić ostateczne wyleczenie.

Drugiem, groźnem powikłaniem przebiegu pooperacyjnego po laparotomii jest niedrożność przewodu pokarmowego, *ileus*. Jest ono niewątpliwie częstszem, niż to powszechnie przyjmujemy i wystąpić może nietylko w pierwszych tygodniach po zabiegu, ale także i po kilku latach.

Abel[23]) zadał sobie pracę dowiedzenia się o losie 665 osób operowanych i przekonał się, że 9 z nich zmarło z niedrożności przewodu pokarmowego. Do tych samych mniej więcej wynikań doszedł Martin[24]), śledząc los swoich 400 operowanych pacyentek, podobnie jak Spencer Wells[25]), który podaje, że z 1000 osób, które przebyły owaryotomię, zmarło 11 z powodu niedrożności przewodu pokarmowego. Nie chcę bynajmniej twierdzić, że podwiązywanie szypuły, tak jak się je powszechnie wykonywa, było jedyną przyczyną tych nieszczęśliwych przypadków. Przyczyny były różne, przeważnie jednak niedrożność stała w związku ze zrostami jelit, bądź to pomiędzy sobą, bądź też z otoczeniem. Wszyscy autorowie, którzy zastanawiali się nad przyczyną tego stosunkowo częstego pojawiania się niedrożności po owaryotomiach, wymieniają zrosty jelit z kikutem szypuły, jako zdarzenie bynajmniej nie rzadkie. Najsilniej zaznacza to Olshausen[26]) w swojem dziele o chorobach jajnika. Zdaniem jego najczęstszą przyczyną niedrożności po owaryotomii: jest właśnie taki zrost jelita z kikutem szypuły; uważa on to za rzecz tak dalece pewną, że radzi operując w przypadkach tych, nie szukać długo w jamie brzusznej, tylko zwrócić się wprost do szypuły w nadziei, że tam a nie gdzieindziej jest siedziba niedrożności jelita. Hirsch[27]) zestawia 14 przypadków niedrożności po owaryotomii i wspomina również o zrostach kiszki ze szypułą, jako przyczynie tego powikłania. Mówiąc o zapobieganiu tym zrostom przytacza zdanie Schultzego i Elischera, którzy radzili ranę, na przekroju szypuły powstałą, zeszywać. W ogóle z przypadków dokładnie opisanych widać, że jelita mają skłonność do silnego przyrastania do takiego miejsca w jamie brzusznej, które jest pozbawione otrzewnej, które jednem słowem przedstawia ranę. Dlatego stosunkowo często przyrastają jelita, prócz do przekroju szypuły, do rany brzusznej i do miejsc powstałych po przerwaniu zrostów. Słusznie więc twierdzi Nieberding[28]), że takie rany w jamie brzusznej są niebezpieczne i stanowić mogą punkt wyjścia dla niedrożności przewodu pokarmowego. Jak dalece sprawa zrostów otrzewnowych pooperacyjnych i okluzyi jelit zajmowała operatorów, dowodzi dwukrotna wyczerpująca rozprawa na Zjazdach ginekologów niemieckich w latach 1886 i 1895. Ze wszystkich mowców najbardziej stanowczo wskazuje Olshausen[29]) na kikut szypuły, jako najczęstsze miejsce zrostów jelitowych, mówiąc: „wszelkie niepokojące objawy, powstałe przez zrosty po laparotomiach odnosiły się zawsze do zrostu kiszek ze szypułą,“ a w innem miejscu: „we wszystkich przypadkach *ileus*, które widziałem, chodziło zawsze o zrosty kiszek z raną szypuły...“ Wynika ztąd zdaniem Olshausena, że w każdym przypadku, w którym kikut szypuły przedstawia ranę, należałoby postępować według Thorntona, który przytwierdzał kikut powierzchnią ranną do otrzewnej w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem *(excavatio vesico-uterina)* „Das würde aber doch zu weit gegangen sein“ dodaje Olshausen. Bądź co bądź jednak metoda powszechnie używana podwiązywania *en masse* stanowczo za mało troszczy się o ranę, powstałą na przekroju szypuły. Niektórzy tylko autorowie radzą pokrywać ją otrzewną, co z pewnością po założeniu podwiązek *en masse* nie może być rzeczą łatwą, zwłaszcza przy szypułach grubych, mięsistych. Że tak jest rzeczywiście, dowodzi dosłownie przytoczone zdanie Küstnera[30]), który opisuje w ten sposób postępowanie Schultzego: „Zaszywa on brzegi otrzewnowe rany szypuły jajnikowej szwem katgutowym ciągłym o tyle, o ile to jest możliwem po podwiązaniu *en masse* szypuły.“

Ograniczam się do tych uwag i tych przytoczeń z piśmiennictwa, gdyż wystarczają one zupełnie do uzasadnienia zarzutu, że klasyczna i powszechnie używana metoda opatrywania szypuły ułatwia powstanie niedrożności przewodu pokarmowego. Wyraźnie raz jeszcze zaznaczam, że odnosi się to tylko do niektórych przypadków *ileus*, gdyż nieszczęśliwe to powikłanie może powstać i bez udziału szypuły. W każdym razie staraniem naszem powinno być zmniejszenie, o ile to się da, prawdopodobieństwa pojawienia się niedrożności kiszek i z tego punktu widzenia czysto praktycznego nie możemy również usprawiedliwić sławy i uznania, jakiemi się cieszy jedyna dziś prawie metoda opatrywania szypuły.

Poza temi dwoma najsmutniejszemi zdarzeniami, jakie mogą sprowadzić ciężkie schorzenie lub śmierć chorych wcześniej lub później po operacyi, t. j. krwotokiem i niedrożnością, są inne powikłania, niestety jeszcze częstsze i jeszcze groźniejsze, jak ostre zakażenie otrzewnej, które nie stoją w żadnym związku ze sprawą opatrywania szypuły i o których też nie chcę wspominać. Jeśli się jednak starannie bada

[23]) Abel cyt. według Martina l. c. p. 896.

[24]) Martin l. c.

[25]) cyt. według Hirscha Arch. f. Gynaek. t. 32 str. 249.

[26]) Olshausen: Krankheiten der Ovarien 1886 str. 368 »Wird zeitig operirt so muss, sollte man erwarten, gerade der nach Ovariotomien auftretende Ileus günstige Chancen für die chirurgische Behandlung bieten, weil die Wahrscheinlichkeit immer für eine Betheiligung des Stiels beim Zustandekommen der Darmocclusion spricht, der Operatur also von vornherein weiss, an welcher Stelle er die Stenose zu suchen hat.«

[27]) Hirsch: Die Darmocclusion nach Ovariotomie. Arch. für Gynaek. t. 32, str. 247.

[28]) Nieberding: Centralblatt f. Gynaek. 1888. p 183.

[29]) Olshausen: Verhandl der deutsch gesell. f. Gynaek. 1886. p. 16.

[30]) Küstner: Verhandl. der deutsch. Gesell. f. Gynaek. 1886 p. 22 „Er vernäht die peritonealen Ränder derselben (der Amputationswunde der Ovarialstiele) mit fortlaufender Katgutnaht so gut, wie das eben bei geschnürten Ovarialstielen möglich ist.“

chore po operacyach brzusznych przed wypuszczeniem z łóżka, zauważyć można, że u niektórych nawet pozornie prawidłowo do zdrowia powracających pacyentek, wytwarzają się w miejscu szypuły opory mniejsze lub większe, mniej lub więcej bolesne, które obejmujemy wspólnem mianem „wypocin kikutowych“ *(Stumpfexsudate)* Opory te pochodzić mogą z różnych przyczyn. Najczęstszą będzie zapewne ta, którą Schauta[31]) uważa za jedyną, to jest zrosty jelit i sieci ze szypułą. Czynią one przy oburęcznem badaniu wrażenie mniej lub więcej rozlanego, bolesnego oporu. Podobnie przedstawiać się jednak mogą i krwiaki szypuły, które Lawson Tait tak często widywał, a które i zdaniem Martina[32]) określane bywają wspólnem dla różnych powikłań mianem wypocin kikutowych. Nie wspominam tu umyślnie o prawdziwych zapalnych wypocinach, które bywają następstwem zakażenia, choć nie wątpię, że podwiązywanie szypuły *en masse*, pozbawiając kawałka kikuta odżywienia, a więc i energii obronnej, żywym i zdrowym tkankom właściwej, stwarza dobre warunki dla rozwoju drobnoustrojów, a więc ułatwia miejscowe zakażenie.

Wypociny kikutowe mogą mieć rozmaite znaczenie dla ustroju i mogą trwać rozmaicie długo. Czasami są bardzo niewinnem powikłaniem przebiegu pooperacyjnego; w innych przypadkach wywołują uporczywe bóle, które nie pozwalają nieszczęśliwej kobiecie dojść do zupełnego zdrowia; czasami sprowadzają różne mniej lub więcej ciężkie objawy ze strony przewodu pokarmowego, a nawet jego zupełną niedrożność. Trwać mogą, jak twierdzi Martin, lata całe po operacyi.

Zachodzi pytanie, czy i o ile metoda powszechnie w użyciu będąca przyczynia się do powstawania tych wypocin. Już *a priori* przypuścić musimy, że podwiązywanie *en masse* nie może tu być bez winy. W powyższym wywodzie starałem się wykazać, że tak krwawienia, a mianowicie krwiaki szypuły, jak i zrosty, są częstem następstwem tej metody; a ponieważ to, co obejmujemy nazwą wypocin kikutowych, jest klinicznym obrazem tych właśnie zrostów i tych krwiaków, przeto logicznie wolno stwierdzić, że podwiązywanie szypuły *en masse* przyczynia się do powstawania tych wypocin. Lepiej jednak, niż wszelkie wywody przemówić i przekonać mogą liczby, której poniżej przytoczę. Wykażą one ponad wszelką wątpliwość, że wypociny kikutowe nie są bynajmniej rzadkie po operacyach ginekologicznych i że stoją bez wątpienia w związku z hurtownem podwiązywaniem szypuły. A jeśli tak jest, czy może być wątpliwem stanowisko wobec tej metody chirurga, patrzącego na rzecz z punktu widzenia czysto praktycznego. Więc skutkiem i wyłącznie skutkiem tej metody może wystąpić krwotok pooperacyjny, czasem śmiertelny, a zawsze niemiły, więc skutkiem tej metody może przyjść do zrostów, które wprawdzie czasem niczem sie nie zdradzą, innym razem jednak wywołają ciężką chorobę lub śmierć; więc skutkiem tej metody rozwinąć się może wypocina kikutowa, czasem nieszkodliwa, ale u innych chorych dolegliwa, a nawet niebezpieczna — i ta metoda ma być stósowana z dogmatyczną ścisłością, ma wszechwładnie panować w naszej technice operacyjnej! Mam to przekonanie, że nie przyszło jeszcze do obrachunku z tą metodą i że utrzymuje się ona sztucznie, dzięki tradycyi i temu szczęśliwemu zbiegowi okoliczności, że weszła w użycie prawie równocześnie z antyseptyką, przez co przywłaszczyła sobie część tej chwały i tych zasług, które wyłącznie należały się tej ostatniej. (Dokończenie nastąpi).

[31]) Schauta: Verhandl. der deutsch. Gesell. f. Gynaek. 1895, str. 568.

[32]) Martin l. c.

II. Rozpoznanie, rokowanie i leczenie wstrząśnienia błędnika.

Podał

Dr. R. Spira.

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich).

(Dokończenie).

Zapobieganie wstrząśnieniom błędnika polega na tem, że osoby skłonne do zawrotu głowy wskutek usposobienia neuropatycznego, albo wskutek choroby, sprowadzającej mniejszą odporność błędnika, mają się z jednej strony poddać stósownemu leczeniu, z drugiej powinny starannie unikać wszelkich czynności i sposobności, mogących prowadzić do wystąpienia objawów błędnikowych, jak silnego przestrzykiwania ucha, sondowania jamy bęb., wpędzania powietrza do ucha środkowego, silnego zadziałania głosowego, tańców wirowych, jazdy i innych czynników, podanych w pierwszej części naszej pracy, jako przyczyny tej choroby. Dla tego też osoby z mało odpornym błędnikiem, np. dotknięte chorobami usznemi, nie powinny wybierać sobie zawodu, połączonego z szkodliwymi dla nich ruchami ciała, albo głowy, albo z silnemi bodźcami głosowymi, n. p. w fabrykach maszyn, przy kolei, w artyleryi i t. p. Obok tego powinny one dla osłabienia przypadkowego działania takich wpływów nosić zawsze watę w uchu.

Osoby, wystawione w swym zawodzie na działanie wystrzałów albo wybuchów, przewidzianych i oczekiwanych, powinny dla uniknięcia albo przynajmniej osłabienia wtrząsu błędnika tak się ustawiać, aby np. kierunek wystrzału był prostopadły do osi przewodów usznych zewnętrznych, przez co wrażenie rozdziela się równomiernie na oba uszy i działa słabiej. Dalej przez otwarcie ust można uniknąć zbyt silnego wzrostu ciśnienia w jamie bęb., który zwykle powstaje pod wpływem nagłego wydechu, następującego odruchowo po detonacyi. Zresztą przy oczekiwaniu silnego zadziałania głosowego, wybuchu, wystrzału itp. następuje zwykle automatycznie odruchowa akomodacya zapobiegawcza przez działanie mięśni śródusznych (szczególnie przez skurcz mięśnia strzemiączkowego, p. wyżej).

Leczenie ma przedewszystkiem za zadanie usunąć przyczynę t. j. uraz, gdzie on jeszcze działa i usunąć się daje. I tak może być wskazanem szybkie oddalenie chorego z miejsca, w którem istnieje zwiększone parcie powietrza, jak w jaszczykach mostowych i t. p. Kowale, robotnicy, zajęci w fabrykach i t. p. chorzy, wystawieni na ciągłe działanie silnych tonów i dźwięków, muszą porzucić szkodliwy dla siebie zawód.

W przypadkach zaś, w których przyczyna raz albo dawniej tylko zadziałała, albo z jakiegokolwiek powodu usunąć się nie daje, musimy ograniczyć się do usunięcia jej skutków, czyli do leczenia przypadowego.

Leczenie to, jak wogóle leczenie chorób ucha wewnętrznego, stanowi dla lekarza prawdziwy *crux medicorum*. Ze względu jednak na niepewność rokowania i rozpoznania nie powinien lekarz nigdy zaniedbywać choćby prób i usiłowań leczenia, nawet wobec pozornego braku widoków poprawy, jak to Urbantschitsch słusznie podnosi. Tego wymaga nietylko ludzkość, lecz także doświadczenie, które nas uczy, że w przypadkach, w których już nie było żadnej nadziei poprawy, udało się przecież nieraz niespodziewanie osiągnąć skutek dodatni, choćby tylko łagodzący, albo przemijający. Podobnie wyraził się Gałęzowski w swoim wykładzie w Towarz. lekarsk. krakowsk. o niektórych rozpaczliwych chorobach oczu. I tak podawano przeciw poszczególnym objawom i przypadom niezliczone środki i zabiegi, które wprawdzie w przypadkach wstrząśnienia po największej części nie mają dostatecznego uzasadnienia, a tylko ze względu na nie zawsze pewne rozpoznanie zasługują na polecenie i próbowanie.

W tem leczeniu należy znowu uwzględnić podział obrazów chorobowych, jaki wyżej podaliśmy.

1) Podczas napadu udarowego należy w pierwszej chwili — w której nie można jeszcze odróżnić, czy istnieje zboczenie czysto czynnościowe, czy też wynaczynienie w błędniku, albo przekrwienie lub wynaczynienie w mózgu — postępować, jak w udarze mózgowym i polecić spokój, okłady lodowe na głowę, upust krwi miejscowy (za uszami), środki odwodzące na skórę, środki przeczyszczające (kalomel), pryszczydła na karku, na kończynach, na łydkach, nacierania wyskokowe za uchem, zmywania skóry wodą letnią z octem, ścisłą dyetę, ułożenie poziome itd. Podobnie należy postępować w każdym świeżym napadzie. Po przejściu gwałtownych objawów chory ma jeszcze przez jakiś czas pozostać w łóżku w ułożeniu poziomem z głową wysoko umieszczoną, gdyż już najmniejsze poruszenie fizyczne, jak również wrażenie umysłowe może wywołać silny zawrót głowy, wymioty itd. Szczególnie należy unikać rażących wrażeń zmysłowych, jak gwaru, huku, hałasu, jako też silnego światła, tudzież wstrząśnień umysłowych i wzruszeń psychicznych. Jest zatem bardzo ważnem starać się w ostrym okresie choroby o bezwzględny spokój, przedewszystkiem narządu słuchowego i pamiętać o tem, że już wszelkie za często powtarzające się, albo za długo przeciągające się badanie sprawności słuchu za pomocą różnych słuchomierzy i elektryczności może wskutek drażnienia nerwu chorobę pogorszyć. Poleca się więc z początku unikanie wszelkich prób słuchowych, pobyt w miejscu spokojnem, opatrunek z waty na głowie, aby także zapobiedz albo przynajmniej osłabić podrażnienie narządu, pojmującego głos, przez dźwięki, przenoszone drogą kości czaszkowych.

Jeżeli wstrząśnienie nastąpiło wskutek nagłego zgęszczenia powietrza w uchu, można czasem wywrzeć zbawienny wpływ przez rozrzedzenie powietrza w przewodzie ucha zewnętrznym za pomocą rozrzedzacza (Rarefachteur) Delstanchégo, jak dowodzi tego przypadek, podany przez Delstanchégo.

2) W przypadkach z przebiegiem przewlekłym wskazane są, szczególnie przy niezupełnie pewnem rozpoznaniu, gdzie można przypuścić wynaczynienie krwi w błędniku, środki chłonące i odwodzące, jak jodek potasowy, pędzlowanie nastojem jodowym lub nacieranie maścią jodową na wyrostku sutkowym, wstrzykiwanie kilka kropel roztworu jodku potasowego (0·3—20) do jamy bębenk. Schwartze i inni chwalą bardzo w wstrząśnieniu błędnika podskórne wstrzykiwania strychniny. W przypadkach, w których wstrząśnienie błędnika można odnieść do nagłego wzmożenia ciśnienia błędnikowego, możnaby próbować sposobu, polecanego przez Botey'a i polegającego na przekłóciu błony okienka okrągłego i następowej aspiracyi cieczy okołolimfatycznej (perilimfy), albo systematycznego rozrzedzania powietrza w przewodzie ucha zewnętrznym.

Na różne poszczególne objawy błędnikowe polecano niezliczone środki i zabiegi. W pierwszym rzędzie stoi tu zaburzenie słuchu. Otóż w przypadku głuchoty t. zw. kotlarskiej osiągnął Urbantschitsch poprawę słuchu za pomocą rozrzedzenia powietrza w przewodzie ucha zewnętrznym, względnie przez zgęszczenie powietrza w jamie bęb. Delstanche wyleczył przypadek głuchoty, powstały po wybuchu, za pomocą wytrwałego rozrzedzania powietrza w uchu zewnętrznem. Wyniki takiego leczenia rozmaicie bywają tłómaczone. W głuchocie zawodowej działają również korzystnie przetwory jodowe, używane miejscowo i wewnętrznie, dalej przetwory bromowe, jak *Natr. hydrobrom.*, *acid. hydrobrom.*, przetwory chininowe w wielkich dawkach, strychnina 5—6 kropel roztworu 0.07 na 10.0 wody przekroplonej, 3 razy na dzień, jeżeli niema szumu, wpuszczenie par eteru siarkowego do jamy bęb. i t. d. Ostmann otrzymał wyleczenie zupełnej obustronnej głuchoty, powstałej przez wstrząśnienie błędnika, za pomocą wstrzykiwań strychniny pod skórę karku. Stwierdzono doświadczalnie, że strychnina wprawia czuciowe zakończenia nerwowe w stan wzmożonej pobudliwości. Zdaniem Remaka środek ten w małych dawkach (0,001) wzmacnia czynność chorych nerwów przez torowanie neuronów rdzeniowo-obwodowych. Wobec tej teoryi stwierdzonem zostało przez kilku autorów skuteczne działanie strychniny w wstrząśnieniu błędnika, co stanowi dalszy dowód, przemawiający za słusznością mojego pojmowania istoty i patogenezy tego cierpienia.

W niektórych przypadkach dobre usługi oddaje elektryzowanie, a mianowicie prąd galwaniczny lub faradyczny, albo też elektryzacya statyczna. Nie wolno jednakże elektryzowania używać w przypadkach świeżych, w których może ono działać szkodliwie, lecz dopiero w okresie późniejszym, po kilku tygodniach i to z początku słabym prądem przez krótki czas i w dłuższych przerwach, później stopniowo coraz częściej, dłużej i silniejszym prądem. Jeżeli przypuszczamy zakażenie kiłowe, to wskazane jest leczenie swoiste i obok tego wstrzykiwania kilku kropel 2% roztworu pilokarpiny podskórnie albo do ucha środkowego, lub zadawanie jej na wewnątrz. Dundas Grant odradza w głuchocie nerwowej pilokarpinę, poleca natomiast energiczne leczenie strychniną, po którem widział korzystne wyniki. Rozumie się, że jak we wszystkich przypadkach znacznego niedosłyszenia albo głuchoty, tak samo i w głuchocie urazowej należy zawsze próbować leczenia za pomocą ćwiczeń słuchowych, których skuteczny wpływ na zmysł słuchowy wykazał u głuchoniemych Urbantschitsch licznemi spostrzeżeniami i doświadczeniami. Szczególnie w przypadkach niezupełnego ogłuchnięcia, w których zatem istnieje reszta zdolności słuchu, skuteczność takiego leczenia zdaje się nie ulegać już wątpliwości po wywodach i doświadczeniach Bezolda i innych.

Dla tłómaczenia skuteczności ćwiczeń słuchowych podawano różne teorye. Mojem zdaniem skuteczny wpływ tych ćwiczeń na n. słuchowy najlepiej tłómaczyć w sposób podobny, jak wpływ ćwiczeń mechanicznych i gimnastycznych na nerwy ruchowe w różnych porażeniach nerwowych ośrodkowych i obwodowych. Jeden, jak i drugi rodzaj ćwiczeń działa z jednej strony „torująco“, z drugiej „zastępczo“. Przez działanie pierwsze, torujące, nerwy, które z powodu jakiejś sprawy chorobowej straciły zdolność przewodzenia, odzyskują częściowo swoją sprawność i stają się znowu wrażliwymi na swoiste bodźce. Przez działanie zastępcze sprawna część narządu nerwowego danego zmysłu nabywa zdolności częściowego zastąpienia nieczynnej reszty tego narządu. Stąd też pochodzi, że ćwiczenia słuchowe mają, według wszystkich autorów, lepsze widoki powodzenia w przypadkach, w których istnieje jeszcze reszta słuchu t. j. tam, gdzie przynajmniej pewna część narządu zmysłowego jeszcze działa, niż w przypadkach zupełnej głuchoty.

Na szum w uszach używa się wdmuchiwań do jamy bęb. par chloroformu z eterem, eteru z *liqu. hollandic.*, *jodethyl.* z *spirit aether. nitr.*, dalej rozrzedzania powietrza w uchu zewnętrznem, wstrzykiwania podskórnego strychniny 0.001—002, trzy razy w tygodniu, wstrzykiwania do jamy bęb. wazeliny, kokainy, wodnika chloralu, pryszczydeł za uszami, mięsienia i nacierania wyrostka sutkowego wyskokiem np. „*Spirit. aromat.*, *spirit. sinap. aa 30.0 Sg.* 20 kropel nacierać za uchem“ albo „*Spirit. formic.*, *bals. Hoffman. aa. pp. aequal. S.* jak wyżej“, albo nacieranie środkami narkotycznymi, albo upust krwi na wyrostku, wkładanie do ucha zewnętrznego: *ol. hyoscyam.*, *chloroform. Tct. opii simpl.* na wacie i t. p. Prąd galwaniczny zwykle mało tylko działa na niedosłyszenie nerwowe, częściej na podmiotowe wrażenia słuchowe, które się pod jego wpływem nieraz bardzo szybko zmniejszają, ale rzadko na trwałe; natomiast zawrót głowy może pod wpływem słabego już prądu całkiem ustąpić.

Zewnętrznie polecają wobec przykrych wrażeń słuchowych, używać przetworów bromowych i zalicylowych, fenacetyny, nastoju wilczej jagody, płynu Fowlera, amylnitritu do wąchania. Urbantschitsch spostrzegał dobre skutki po *Tct. aconiti* 8—10 kropel dziennie. Chininy wolno także wewnętrznie używać, jednak tylko w przypadkach, w których szum w uszach występuje napadowo, z okresowo powracającymi napadami zawrotu głowy. *Tct. Arnicae* i atropina, które również polecano, rzadko kiedy wywierają skutek. Wobec szmerów tętniących w uchu, połączonych z biciem serca, lub bez niego, stwierdził Politzer dobre działanie nastoju naparstnicy (6—10 kropel) i *tct. strophanti.* Dundas Grant poleca przeciw tętniącemu szumowi ucisk na tętnicę kręgową. Lucae poleca leczenie tego objawu tonami strojnika, mianowicie przy szmerach usznych nizkich poleca on używać wysokich tonów strojnikowych, przeciw wysokiemu szmerowi zaś dobrze ma działać wpływ nizkich strojników. Bardzo dobrze działa często mięsienie kostek słuchowych zapomocą zgłębnika uciskowego Lucaego. Środki, kojące wewnętrznie, działają po największej części niekorzystnie, należy ich zatem unikać w tej chorobie.

Mniej więcej tych samych środków, co na niedosłyszenie i szum, używa się także na zawrót głowy, szczególnie zaś przetworów chininowych, jodowych i bromowych, w świeżych przypadkach także pilokarpiny. Zawrotowi głowy pewnego rodzaju t. j. występującemu po pewnych urazach i szkodliwościach, można będzie zapobiegać zapomocą zabiegów i postępowania, polegających na naśladowaniu przyrody i wynikłych z rozważania i tłómaczenia jej zjawisk.

Na podstawie doświadczenia i teoretycznego rozumowania wyrobiłem sobie przekonanie, że zapomocą pewnych ćwiczeń gimnastycznych można przeciwdziałać tej nerwicy, czy też idyozynkrazyi, wskutek której pewne osoby zapadają tak łatwo na chorobę morską. Mianowicie można często zauważyć, że osoby, które z początku doznają na okręcie przy najlżejszem falowaniu morza silnego zawrotu głowy i cierpią na nudności i wymioty, po dłuższym pobycie na morzu nabywają takiej odporności, że najsilniejsza burza z czasem żadnego wpływu na nie nie wywiera i że nie oddziaływują więcej nawet na najgwałtowniejszy ruch okrętu. Zjawisko to tłómaczy się tem, że przez ćwiczenia, podobnie jak przez przyzwyczajenie, przez częste powtarzanie się bodźców zewnętrznych wytwarza się przytępienie pobudliwości, albo niewrażliwość i co za tem idzie, większa odporność odpowiednich ośrodków i zakończeń nerwowych wobec dotyczących czynników zewnętrznych, — albo też tem, że inne nerwy i narządy, do tego wyćwiczone i wprawione, jak narząd wzroku, dotyk, albo móżdżek, obejmują po części zastępczo czynność utrzymania równowagi. W ten sposób najodpowiedniej, mojem zdaniem, tłómaczyćby można po części i te przypadki, w których przy oględzinach pośmiertnych znaleziono zmiany chorobowe w błędniku, mimo, że za życia nie było żadnych objawów zawrotowych i to nam też tłómaczy dziwne na pozór zjawisko nabytej odporności wobec choroby morskiej. Tak czy owak, korzystając z tego doświadczenia, zyskujemy wskazówki dla pewnych zabiegów w celach leczniczych, szczególnie u osób z nadmierną pobudliwością narządu statycznego. Na podstawie wyłuszczonych przypuszczeń należy osobom cierpiącym na zawrót głowy w czasie jazdy wozem, koleją i t. p. polecać wykonywanie systematycznych ćwiczeń codziennie we wszystkich kierunkach, jak n. p. przez huśtanie się z przodu ku tyłowi, z prawej ku lewej stronie i odwrotnie, z góry na dół, na odwrót, i kręcenie się na około pewnego przedmiotu n. p. koło stołu albo stołka. Ruchy te powinno się wykonywać codziennie z początku powoli przez krótki czas i rzadziej, potem stopniowo coraz prędzej, dłużej i częściej. Ćwiczenia takie tem łatwiej dałyby się przeprowadzić, że potrzebne do tego urządzenia nie wymagają wielkich kosztów, ani znacznego trudu i dałyby się małym wydatkiem w każdem prywatnem pomieszkaniu opędzić. Szczególnie dla osób, dotkniętych tą chorobą, których zawód wymaga częstego podróżowania, ćwiczenia takie mogą okazać się środkiem zbawiennym.

Wychodząc z założenia teoryi Ewalda, że zaburzenia równowagi w cierpieniach błędnika pochodzą od nieprawidłowego napięcia *(tonus)* mięśniowego i uwzględniając zdanie Fraenkla, wygłoszone na Zjeździe przyrodników w Bremie: „Eine unter einfachsten Bedingungen festgestellte ataktische Bewegung kann durch Uebung in eine vollkommen normale umgewandelt werden,“ należałoby również w przewlekłym zawrocie błędnikowym próbować leczenia gimnastycznego zapomocą ćwiczeń ruchowych, które Leyden nazywa „leczeniem zastępczem“ (compensatorisch), gdyż przytem zmysł

wzrokowy ma zastąpić obniżone czucie skórne, względnie mięśniowo-stawowe.

Obok wyłuszczonych właśnie sposobów leczenia, należy w każdym przypadku uwzględnić stan ogólny chorego, a przedewszystkiem stan neuropatyczny. Widzieliśmy, jak ważną rolę przyczynową odgrywają w tej chorobie różne inne cierpienia, a w pierwszym rzędzie różne choroby nerwowe. Przeto należy zwłaszcza w przypadkach, w których mamy podstawę do tego, aby przypuścić powiększenie pobudliwości ogólnej albo obniżenie odporności układu nerwowego, wpływać na stan osłabienia albo podrażnienia przez odpowiednie działanie wzmacniające i odwodzące. Zaliczyć tu należy krzepienie układu nerwowego zapomocą stosownych sposobów i zabiegów leczniczych, higienicznych, dyetetycznych, jak hidroterapia, klimato-balneo-elektroterapia, leczenie zapomocą kąpieli jodowych, solankowych, spokój fizyczny i umysłowy, unikanie napojów wyskokowych, kawy, herbaty, wysileń i wzruszeń psychicznych. Wewnętrznie podaje się w tym samym celu przetwory bromowe, żeleziste, arszenikowe i t. p. Obok tego można także próbować wpływów psychicznych, jak poddawania i hipnozy, które nieraz mogą wywrzeć dobry skutek. Jeżeli choroba powstała wskutek zawodu, należy natychmiast zawód zmienić i dalej wystrzegać się starannie wrażeń głosowych, szczególnie silnych dźwięków, a najlepszym jest w takich razach pobyt w miejscu zupełnie spokojnem przez kilka miesięcy.

III. Wyciągi.

F. Siegert: **Cztery lata przed i cztery po wprowadzeniu surowicy przeciwbłoniczej.** *(Jahrb. f. Kinderhlkde,* 52, 2, I. 1900). Sprawa leczenia błonicy surowicą została już tak dostatecznie i wyczerpująco omówioną, że wszelkie dalsze w tym kierunku prace zdają się być zbyteczne, a jednak S. podjął wielki trud zestawienia ogromnego materyału prawie wszystkich szpitali i klinik dziecięcych Niemiec, Austryi, Szwajcaryi w latach przed i po surowiczych, a to celem wykazania znakomitych skutków surowicy i udowodnienia jej skuteczności przed nielicznymi zresztą dotąd jeszcze przeciwnikami jej stosowania. Zestawia więc przypadki błonicy leczone w przeszło 60 największych zakładach leczniczych w czasie od roku 1890 do 1898, aby zaś uniknąć często powtarzanego zarzutu, że po wprowadzeniu surowicy liczono na jej korzyść przypadki lekkie, bierze przedewszystkiem pod uwagę przypadki błonicy krtani, czyli dławca, które z powodu objawów duszenia musiały być poddane operacyi. Tu już nie można mówić o przypadkach lekkich, ani też przypuścić, że co innego uważa się za dławiec w czasach przed i po surowiczych. Zestawienie tylko tych przypadków dławca operowanego dało potężną liczbę 37.000. Z tych, w czasach przed zaprowadzeniem surowicy, operowano 17.673, zmarło 10.701 = 60·55% śmiertelności, po wprowadzeniu surowicy operowano 13,524 zmarło 4.828 = 35·70% śmiertelności, w czasie przejściowym (głównie r. 1894) operow. 5.225, zmarło 2.807 = 53·72%. Liczby te mówią tu za siebie, wykazując znaczne obniżenie się śmiertelności nawet w tych przypadkach, wymagających operacyi, a więc zapóźnionych i już powikłanych w chwili stosowania surowicy. Jeszcze lepszy wynik leczenia surowicą wykazuje zestawienie 42.000 przypadków błonicy pierwotnej, nie powikłanej. Tu śmiertelność do r. 1893, wachająca się około 41½%, spada od r. 1894, t. j. od czasu zastosowania surowicy, na 15%, a więc jest o 2½ razy mniejszą. W miarę zmniejszenia się odsetka śmiertelności spadła też i ogólna bezwzględna śmiertelność z błonicy, a krzywe tych dwóch śmiertelności przebiegają równolegle. Z zestawionych liczb wynika też potwierdzenie znanej własności surowicy zapobiegania rozwinięciu się dławca, a wnosić o tem można z znacznego zmniejszenia się od czasu surowicy liczby przypadków operowanych. Liczbowo można dowieść, że zamiast operować, jak to było do r. 1895, 47·2% przyjętych do szpitali, potrzeba wykonania czyto intubacyi, czy tracheotomii zachodzi po r. 1895 tylko u 27·5%. Tak więc z 47 dawniej operowanych 20 omija dziś, jeśli wcześnie leczenie zastosowano, zabieg operacyjny, a i z tej reszty, która operowaną być musi, wychodzi dziś 75%, dawniej 40%.

Zaznaczyć tu muszę, że autor zużytkował do swojej statystyki także i wyniki leczenia błonicy w czasach przed i po surowiczych krakowskiego szpitala św. Ludwika; z chlubą podnieść należy, że, jak to z zestawienia wynika, szpital ten nie pozostawał w tyle za innymi europejskimi zakładami leczniczymi, ani co do czasu, w którym zaczęto stosować surowicę, ani co do wyników leczenia. Co do obfitości materyału idzie szpital św. Ludwika zaraz po Paryżu, Berlinie, Wiedniu (szpital św. Anny), Peszcie i Halli, wspierając statystykę S. wspaniałą liczbą 2038 przypadków błonicy, a z tego 1017 przypadków, poddanych zabiegom operacyjnym z powodu rozwiniętego dławca.

Wobec tego, że w jednych zakładach wykonywa się tylko samą intubacyę, w innych dotąd tylko tracheotomię, w innych wreszcie trzymają się osobnych wskazań dla jednej lub drugiej operacyi, zadaje sobie Siegert w II części swej pracy pytanie, które postępowanie jest najlepsze? Z zestawionych liczb wynikałoby, że pierwotną tracheotomią uzyskuje się najlepszy odsetek wyleczenia, bo 64·6%, podczas gdy bezwzględna intubacya daje tylko 62·5%, a wobec tego winna ona ustąpić napowrót miejsca dawnej tracheotomii. Te ostatnie wywody spotkały się jednak w następnym zeszycie 52, 2, IV. 1900 *Jahrbucha* z ostrą krytyką tak doświadczonych pedyatrów, jak Trumpp (Monachium) i Bokay (Peszt), z których każdy z osobna broni intubacyi, zarzucając Siegertowi, że będąc sam przeciwnikiem intubacyi i nie mając w tym kierunku doświadczenia (w klinice sztrasburskiej, w której S. jest docentem. wykonano wogóle 5 intubacyj i potem ją zarzucono), przedstawił rzecz stronniczo. Doświadczenia pedyatrów, przeważnie amerykańskich, rozporządzających ogromnym materyałem, przemawiają tak niezbicie za intubacyą, że wytrzyma ona ataki zaczepne, tembardziej gdy pochodzą od ludzi, nie przemawiających na podstawie własnego doświadczenia.

Dalszą polemikę z powodu rozprawy Siegerta znajdujemy w następnym (V) zeszycie 52 T. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, pióra znanego przeciwnika surowicy, prof. Kassowitza p. t. **„Audiatur et altera pars“.**

Zarzuty Kassowitza znane nam już częściowo z wystąpienia w Tow. lek- wied. w r. 1898 (porówn. *»Przegląd lekarski«* r. 1898 Nr. 29, 30, 32, 34); dadzą się ująć w następujące punkta:

1. Czas czteroletni, który uwzględnił S., jest za krótki, aby ztąd wysnuwać dalej idące wnioski, z pracy bowiem Newsholmea, w której zestawiono statystykę śmiertelności z błonicy w ostatnich 3-ch dziesiątkach lat wynika, że śmiertelność ta ulega w różnych okresach czasu samoistnym wahaniom.

2. Zarzuca Kassowitz Siegertowi, że nie uwzględnił w swych zestawieniach statystyki szpitali niektórych miast, jak Tryest, Petersburg, a wiadomo, że właśnie w tych miastach śmiertelność już w czasie wprowadzenia surowicy się podniosła; nie wziął też S. pod uwagę statystyki państwowego urzędu zdrowia, a byłby się przekonał, że śmiertelność z błonicy, mimo surowicy, się nie obniża.

3. Najsilniejszem poparciem skuteczności surowicy byłoby, jak tego sam Siegert żąda, udowodnienie, że zmniejszyła się śmiertelność bezwzględna z błonicy. Z sumowania liczb zestawionych przez S. rzeczywiście tak wynika, że bezwzględna śmiertelność się zmniejszyła; tymczasem Kassowitz, rozpatrując liczby niektórych poszczególnych zakładów (Strassburg, Graz i t. d.) wykazuje, że tak nie jest; twierdzi na tej podstawie, że surowica nie zmniejszyła śmiertelności z błonicy, a zmniejszenie odsetka śmiertelności jest pozorne i zależne jedynie od przyjmowania obecnie do klinik większej ilości chorych z lżejszemi zmianami błoniczemi.

4. Również pozorną tylko, zdaniem Kassowitza, jest poprawa odsetka śmiertelności przypadków, operowanych z powodu dławca; przyczyna, że odsetek wyleczonych jest wyższy, leży w tem, że teraz wcześniej zgłaszają się do szpitala z dziećmi, zagrożonemi dławcem, a zatem i warunki dla leczenia są lepsze, że wreszcie wcześniej przystępuje się do wykonania zabiegu.

Polemika kończy się odpowiedzią Siegerta (w tym samym zeszycie *Jahrbucha*), który, niewdając się w szczegóły, jeszcze raz powołuje się na liczby, przemawiające tak dobitnie na korzyść surowicy; aby zaś dać czytelnikowi miarę, jak dowolne wnioski wysnuwa ze statystyki Kassowitz, przedstawia znaczący fakt, że te same liczby wyników leczenia błonicy surowicą z kliniki dziecięcej w Gracu, na podstawie których sam prof. Escherich, kierownik tej kliniki, wyraził się o surowicy korzystnie, a nawet entuzyastycznie, przytacza Kassowitz, opierając na tych samych liczbach swój dowód, że surowica jest bezskuteczną. *Doc. Dr. Raczyński.*

L. Stein: **O bąblowcu nerki.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 43, 1900). W dołączeniu do opisu przypadku, operowanego w klinice Gussenbauera, omawia autor etyologię, rozpoznanie, a szczegółowo leczenie bąblowca nerki. W sprawie leczenia zaznacza S., że do chirurgicznych sposobów leczenia wspomnianej sprawy chorobowej zaliczyć należy zarówno wycięcie nerki, jakoteż otwarcie worka z następowem sączkowaniem. Pytanie, któremu z wymienionych sposobów należy w danym przypadku oddać pierwszeństwo, rozstrzygniętem być może dopiero podczas samej operacyi, gdyż jedynie ta zdoła z jednej strony rozpoznanie stwierdzić, z drugiej zaś pouczyć o tem, czy i jaka część miąższu nerkowego pozostała niezmienioną. Droga przez jamę brzuszną nie zawsze przedstawia same niekorzyści. W licznych przypadkach jedynie ona umożliwia dokładne oryentowanie się w miejscowych stosunkach. Jeżeli się okaże, że dany przypadek nadaje się do samego otwarcia worka, można rany w otrzewnej zaszyć, a w dalszym ciągu postępować zaotrzewnowo z dodatkowego cięcia w okolicy lędźwiowej. *Urbanik.*

H. Hochhaus. **O czynnościowych zboczeniach serca.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1900 Nr. 44). Stwierdziwszy, że w ocenianiu czynności serca zbliżamy się znowu do dawniejszych zapatrywań, które wybitną rolę w sprawie pobudzania i regulowania tej czynności przypisywały w znacznej mierze wpływom nerwów sercowych, podnosi autor, że stanowisko to najbardziej godzi się ze spostrzeżeniami lekarskiemi licznych i coraz liczniejszych przypadków czystych nerwic sercowych samodzielnych, lub towarzyszących nerwicom ogólnym, przedewszystkiem neurastenii i histeryi.

Najczęstszą przyczyną t. w. nerwowych schorzeń serca bywają wpływy ogólne nerwowe, przestrach, często wzruszenia, a dalej nadużywanie tytoniu, kawy, herbaty, nadmierna praca umysłowa i fizyczna, nadużycia płciowe; niekiedy stwierdzić można, że odruchowo działają także schorzenia narządu pokarmowego lub rodnego, u kobiet ustawanie miesiączki.

Hochhaus nie jest zwolennikiem podziału Lehra, który rozróżnia nerwice, przebiegające wśród objawów podrażnienia i nerwice, objawiające się niedomogą serca; sądzi, że właściwiej jest rozróżniać nerwice, w których chorzy doznają różnorodnych sensacyj (a więc nerwice czulne *przyp. sprawozd.*) i nerwice, w których badaniem przedmiotowem stwierdzić można pewne nieprawidłowości w czynności serca.

Rozpoznanie nerwicy sercowej przedstawiać może, zdaniem H., poważne trudności; niekiedy nie można choroby dokładnie określić nawet mimo dłuższej obserwacyi. Z pomocą w takich wątpliwych razach przyjść może mierzenie parcia krwi w tętnicach i przeświecanie serca przyrządem Röntgena.

Badania autora, wykonywane przyrządem Riva Rocci'ego, przekonały go, że parcie krwi w tętnicach osób, cierpiących na nerwicę sercową, jest wyższe, aniżeli u osób zdrowych, tembardziej zaś u chorych na organiczne wady sercowe. U mężczyzn wykazywały badania parcie średnie między 160 a 190, u kobiet między 150 a 170 mm. rtęci w tętnicy ramieniowej. Objaw ten jest, zdaniem autora, ważny nietylko dla rozpoznania, ale także dla ocenienia przebiegu choroby, gdyż trwałe podwyższenie parcia wpływa niekorzystnie na mięsień sercowy, na ściany tętnic, powodować może wyczerpanie siły popędowej serca, względnie zmiany miażdżycowe w tętnicach.

Prześwietlania serca przekonały autora o słuszności dawniej już przez Fr. Müllera wypowiedzianego zdania, że serce w przebiegu nerwic kurczy się bardzo szybko i bardzo silnie; spostrzegać to można dokładnie, porównując wielkość cienia wśród fazy skurczu i rozkurczu. Na przebieg nerwic sercowych działają korzystnie obok leczenia psychicznego, wodoleczniczego i t. d. przedewszystkiem brom i przetwory kozłkowe, dalej arsen i żelazo, niekiedy dobry skutek osiągnąć można przez podanie środków nasercowych.

L. K.

Lipkan: **O śmierci z działania wysokiej ciepłoty.** (*Deutsche Medizinal Ztg.* 1900 Nr. 63, 64, 65 i 66). Na początku swej pracy przedstawia L. obszernie skutki działania wysokiej ciepłoty. Z kolei zastanawia się nad stopniami oparzenia, jakoteż nad teoryami, które tłómaczą mniej lub więcej szybką śmierć u oparzonych. Przy śmierci z działania wysokiej ciepłoty spotyka się li tylko do rozpoznania prowadzące zmiany na powłokach zewnętrznych, podczas kiedy oględziny wewnętrzne rzadko kiedy dają dodatni wynik, chyba tylko w tych przypadkach, w których śmierć dopiero po pewnym dłuższym czasie nastąpiła. Rozpoznając śmierć z działania wysokiej ciepłoty należy zawsze wykluczyć te choroby skóry, które wywołują podobne zmiany anatomiczne. W dalszym ciągu swej pracy zastanawia się autor nad pytaniem, czy na zwłokach można wywołać pęcherze oparzelinowe, a wreszcie, czy osobnik dostał się za życia, czy po śmierci do ognia? Odpowiadając na to ostatnie pytanie, zwraca L. uwagę, że często spotyka się na zwęglonych powłokach ich pęknięcia o brzegach ostrych, które doskonale naśladują rany cięte lub rąbane. Z zachowania się narządów podnosi autor, że płuco powietrzne staje się pod wpływem wysokiej ciepłoty bezpowietrznem, zaś macica, opierająca się najdłużej gniciu, opiera się także bardzo długo działaniu wysokiej ciepłoty. Zdaniem autora powinien wreszcie lekarz sądowy odpowiedzieć, czy oparzenie było następstwem działania płomienia, czy też płynu gorącego, jaki mniej więcej czas był potrzebny do wywołania stwierdzonych przy sekcyi zmian i wreszcie, jaki czas upłynął od chwili oparzenia do śmierci?

Horoszkiewicz.

Gruber. **O umiejscowieniu dotykowego znieczulenia skóry u tabetyków** (*Wiener medizinische Presse* Nr. 42 i 43, 1900). Dotyczące badania, przeprowadzone na 52 tabetykach, potwierdziły podany już przez innych (Leyden) związek przyczynowy, zachodzący pomiędzy niezbornością a czuciem stawowem, w szczególności zaś, że bezład kończyn górnych rzadziej występuje, aniżeli dolnych, a jeśli się pojawił, mniej dotkliwie uczuwać się dawał nawet inteligentniejszym chorym. W okresie przedbezładowym zachodziła często utajona niezborność, występująca dopiero na jaw, skoro chory miał wykonać szybkie i nagłe zwroty podczas chodzenia, przyczem zawsze można było stwierdzić, że braki w czuciu silniej zaznaczały się po jednej tylko połowie ciała lub w stawach po tejże samej stronie. W badanych przypadkach nie było ani razu niezborności bez odpowiednich zmian w czuciu dotkniętej kończyny, widać, że między tymi dwoma stanami chorobowymi zachodził zawsze pewien stosunek. *Dr. Henryk Pisek.*

Kohlbrugge. **Krytyczne uwagi o II sprawozdaniu z wyprawy Kocha w celu badania zimnicy.** (*Virchow's Archiv.* 1900 T. 161, Z. I). Długi czas przebywając na Jawie i zebrawszy tam obfite doświadczenie w sprawie zimnicy, zarzuca Kohlbrugge Kochowi, że sprawozdanie swe oparł na nie dość ścisłych spostrzeżeniach i zbyt pospieszne wysnuł z nich wnioski. Przedewszystkiem zaprzecza K. twierdzeniu Kocha (i włoskich badaczy), że roznosicielami zimnicy są wyłącznie pewne gatunki komarów; wbrew zdaniu Kocha, który odnośne okolice badał zbyt krótko, utrzymuje K., że nieprawdą jest, jakoby tam, gdzie niema komarów, nie było i zimnicy. Nie istnieje uodpornienie przeciw zimnicy, którem Koch tłómaczy przeważanie częstości tej choroby u dzieci, a rzadkość jej u dorosłych; zdaniem Kohlbruggea przyczyną tego zjawiska jest nie nabyta, lecz wrodzona odporność, dzięki której osobniki najodporniejsze przetrzymują zakażenie zimnicze w wieku dziecięcym lub wcale mu nie ulegają, podczas gdy nieodporne osobniki wcześnie giną; stąd między dorosłymi rzadko już wydarza się zimnica. To samo odnosi się do rzekomej nabytej odporności u ludności napływowej w (Nowej Gwinei), z której osobniki słabsze wymarły, a tylko odporniejsze wyżyły: stąd większa częstość zimnicy wśród świeżo przybyłych, niż wśród dawniej zamieszkałych. Również i co do zapobiegania, względnie leczenia zimnicy, zajmuje Kohlbrugge stanowisko odmienne od Kocha, sprzeciwiając się nadużywaniu chininy, a podkreślając doniosłość leczenia klimatycznego. *C.*

Schenk i Zaufal. **Dalsze przyczynki w sprawie mechaniczno-chemicznego odkażania rąk.** (*Münch. med. Wochs.* 1900, Nr. 45). Sprawa skutecznego odkażenia rąk lekarza nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygniętą; w ostatnich latach zajmowało się tem bardzo wielu badaczy, kładąc we wnioskach większy nacisk bądź na mechaniczne, bądź na chemiczne odkażenie. W końcu okazało się, że sposoby używane do bakteryologicznego sprawdzenia, czy ten lub ów sposób odkażania jest lepszy, nie były dość ścisłe; nastąpił więc nowy szereg badań, wysilających się na udoskonalenie sposobów, sprawdzających wynik odkażenia. W końcu pewna część badaczy oświadczyła się na podstawie tych nowych badań za usunięciem zwykłego mydła i szczotek, jako nie zapewniających dostatecznego mechanicznego oczyszczenia i nie dających rękojmi jałowości; natomiast zalecono mydła, zawierające pył mineralny, jak mydło marmurowe Schleicha i mydło piaskowe Sängera. Autorowie, zwolennicy tego ostatniego mydła, już poprzednio stwierdzili, że samo mechaniczne za pomocą niego odkażenie — nie wystarcza i że należy je poprzeć odkażeniem chemicznem. Obecnie na podstawie ponownych badań nad mydłem Sängerowskiem (pozbawionem jednak dodatku sody i amoniaku, jako zbyt niszczących skórę rąk), powtarzają autorowie swe wnioski w postaci następującej: 1) Ręce można mechanicznie skuteczniej odkazić za pomocą mydła piaskowego Sängera, niż za pomocą zwykłego mydła i szczotki; 2) mydło to odkaża również lepiej pole operacyjne; 3) po mechanicznem musi jeszcze nastąpić chemiczne odkażenie i to albo za pomocą 1‰ sublimatu, lub za pomocą 2‰ oxycyanidu rtęci, lub też za pomocą 1‰ etylendiamincytrynianu rtęciowego; 4) w przepisie odkażania należy polecić 5-minutowe szorowanie rąk mydłem piaskowem i 3-

minutowe mycie w jednym z wymienionych rozczynów, ile możności jak najcieplejszym. *C.*

Hunsche. **Znachodzenie się nużeńca ludzkiego** *(Demodex folliculorum)* **na powiekach i związek jego z chorobami powiek** *(Münch. med. Wochs.* 1900 Nr. 45). Według badań autora znachodzi się nużeniec tak często na powiekach, że jemu wyłącznie znaczenia chorobotwórczego przypisywać nie można; w drobnowidowych skrawkach z powiek i na wyrwanych rzęsach znajdował autor nużeńca bardzo często, a w starszym wieku prawie zawsze, przyczem stwierdził, że głową kieruje się on zawsze w głąb, że usadawia się w torebkach włosowych, nie spotyka się go zaś w gruczołach Meiboma, ani w gruczołach łojowych. Wobec dość powierzchownej siedziby nużeńca i braku jakichkolwiek zmian chorobowych tkanki, przez niego nawiedzonej, należy go uważać za pasorzyta skórnego, który ani na powiekach nie wywołuje opisywanej przez Rählmanna *Conjunctivitis acarica*, ani też w innych miejscach skóry nie jest szkodliwym. *Z.*

Minakow: (Moskwa). **O paznogciach ręki ludzkiej.** *(Vjschr. f. g. M.* T. XX. Z. II. 1900). Autor, sprawdzając wyniki badań Regnaulta, przedstawione na posiedzeniu Towarzystwa antropologicznego w Paryżu, odnoszące się do zachowania się paznogci u ręki ludzkiej, badał paznogcie rąk u 278 osób (37 lekarzy i studentów, 240 żołnierzy, 2 parobków mańkutów, 26 noworodków i trojga małych dzieci; między lekarzami i studentami znajdowało się 2 mańkutów, między żołnierzami 12) i dochodzi na mocy tych badań do następujących wniosków:

1. U ludzi, używających do pracy ręki prawej, paznogcie tej ręki są szersze, niż u ręki lewej; przeciwnie u mańkutów. Okoliczność ta posiada wielkie praktyczne znaczenie sądowo-lekarskie, pozwala bowiem odpowiedzieć na pytanie, czy osobnik żywy lub zmarły używał w pracy ręki prawej lub lewej.
2. Spotyka się osoby, które pracują równie dobrze ręką prawą, jak i lewą; u tych są odpowiednie paznogcie obu rąk, równo szerokie.
3. Różnica w szerokości pomiędzy odpowiednimi paznogciami waha się zazwyczaj od $^1/_4$—2 mm., rzadko tylko jest większą.
4. U niektórych osobników, pracujących ręką prawą, suma szerokości wszystkich paznogci ręki prawej jest mniejszą, niż ręki lewej. Powodem tego zboczenia od reguły jest zazwyczaj przebyta choroba jednego lub więcej paznogci, które skutkiem tego uległy zniekształceniu.
5. U ręki dorosłego, a podobnie także u ręki noworodka, najszerszy paznogieć jest u kciuka; inne paznogcie zachowują się, co do szerokości, w następującym stosunku: palec środkowy, czwarty, wskazujący i mały (1, 3, 4, 2, 5).
6. U używających ręki prawej, paznogcie tej ręki są bardziej płaskie, niż lewej, u mańkutów przeciwnie.
7. Najbardziej płaskie są zawsze paznogcie palca wskazującego i kciuka, najmniej palca czwartego i małego (2, 1, 3, 4, 5).
8. Spłaszczenie paznogci zależy od takiej pracy fizycznej, przy której falangi końcowe ulegają mniej lub więcej silnemu uciskowi, jak n. p. u skrzypków. W następstwie częstego obcinania lub ogryzania stają się paznogcie węższe i bardziej płaskie.
9. Grubość paznogci u ręki zmniejsza się w kierunku od kciuka ku palcowi małemu mniej więcej w tym stosunku: 60:51::46:42:41 tak, że paznogieć palca małego jest prawie $1^1/_2$ razy cieńszy od paznogcia kciuka.
10. Im szerszą, *ceteris paribus*, klatka piersiowa osobnika, tem szersze paznogcie. *Horoszkiewicz.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Juliusz Pollak (z zakładu leczniczego Alland): **O zastosowaniu kilku nowych przetworów w leczeniu gruźlicy.** IV Fersan (*Wien. med. Wochenschrift* Nr. 25, 1900), Autor stósował fersan u 50 chorych, u których stwierdził blednicę, brak łaknienia, ból głowy na tle blednicy. W takich przypadkach podanie fersanu było skuteczne, gdyż przetwór ten łatwo zostaje przyswajany i wchłaniany. Podaje się fersan w następujący sposób: łyżeczkę fersanu rozrabia się z małą ilością wody, następnie dolewa się przegotowanego zimnego mleka. Dawkę tę, odpowiadającą $2^1/_2$ grm., podawano 3 razy dziennie, na pół godziny przed jedzeniem, a więc około 7—8 grm. dziennie. Można też chorym dodawać rozpuszczonego fersanu do rosołu, kakao, kawy, a w tej postaci używają go również chętnie. Już po 3—4 tygodniach stosowania fersanu ilość hemoglobiny u cierpiących na błednicę szybko wzrastała tak, że wynosiła do 20%; właściwością tego leku jest, że w niedokrewnościach wyższego stopnia zwiększanie się hemoglobiny postępuje znacznie szybciej, niż u mniej niedokrewnych. Już w 1—2 tygodniu stosowania fersanu pojawiło się u chorych, zażywających fersan, łaknienie, a równocześnie z tem przybierali na wadze.

Szczególną uwagę zwraca autor na tę okoliczność, że z fersanu osiągano dobre wyniki nawet u takich chorych, którzy na leczenie podobnymi środkami zupełnie nie oddziaływali tak, że skuteczny wynik leczenia temu lekowi przypisać należy. *R.*

Wyniki leczenia gruźlicy tiokolem. *(Klin. therap. Wochenschrift* 38, 1900). Dr. Braun stósował tiokol, jako przetwór gwajakolowy, łatwo w wodzie rozpuszczalny, dający się w dowolnej postaci użyć, w cierpieniach gruźliczych dróg oddechowych, przewlekłych nieżytach oskrzelowych u gruźliczych, zwłaszcza w rozstrzeni oskrzelowej z cuchnącą wydzieliną i w jednym przypadku ropnia płuc po zapaleniu.

Zgodnie z innymi autorami znalazł, że tiokol jest cennym środkiem leczniczym w tych cierpieniach; najlepsze wyniki osiągnięto w tych przypadkach, w których badaniem fizykalnem płuc nie stwierdzono większych zmian rozpadowych. W przewłocznych nieżytach oskrzelowych działanie tiokolu tem się odznaczało, że przy podawaniu tego środka zmniejszała się znacznie wydzielina bł. śluzowej, a tem samem zmniejszało się też i pobudzenie do kaszlu. W jednym przypadku ropnia płuc po zapaleniu, który przebił do oskrzela, sprowadzając wykrztuszanie obfitej, cuchnącej wydzieliny, uzyskano po kilkutygodniowem podawaniu (4 razy po 1 grm. tiokolu dziennie) zupełne wyleczenie. U 12-letniej dziewczynki zastosowano z powodu przewlekłego nieżytu oskrzelowego sirolin i po 3-miesięcznem stosowaniu tego środka uzyskano zupełne wyleczenie. *R.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 17 października 1900.

Przewodniczący kol. prof. Jordan.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. Doc. Bossowski przedstawia przypadek z nieprawidłowym rozwojem jelita grubego (Megacolon congenitum), w którym istnieje bardzo wybitna bębnica, uporczywe zaparcie stolca i znaczne wynędznienie. Zmiany anatomiczno-patologiczne w tych przypadkach polegają 1) na wydłużeniu jelita grubego, 2) na rozszerzeniu i przeroście jego ścian, jak to B. wykazuje na preparacie, pochodzącym z podobnego przypadku, w którym wyciął całe zmienione jelito.

III. Kol. Żydłowicz przedstawił rzadki przypadek pierwotnego wrzodu twardego na palcu wskazującym prawej ręki, przedstawiającego na pierwszy rzut okazza nogcicy (paronychia), rozpoznanego jedynie dla tego, że istniała już osutka typowa dla drugorzędnej kiły.

W dyskusyi zabierają głos kol. Borzęcki i kol prof. Wachholz; pierwszy podnosi rzadkość podobnych przypadków, drugi zaś opisuje przypadek pierwotnego wrzodu twardego na boku klatki piersiowej.

IV. Kol. Krzyształowicz wygłosił odczyt p t »Wysypki kiłowe w obrazach drobnowidowych,« w którym podnosi co następuje: Główną cechą anatomiczną wysypek kiłowych jest naciek około naczyń krwionośnych i w ich ścianach. Naciek składa się z komórek pierwoszczowatych (Plasmazellen Unna) i przerosłych komórek tkanki łącznej. Zmiana pierwotna (sclerosis initialis) odznacza się rozległością nacieku, przechodzącego także między włókna kolagenu tkanki, wśród której się rozwija, nie niszcząc jednakowoż tej tkanki. Naciek ten odpowiada klinicznemu objawowi stwardnienia.

Do zmian w skórze dołączają się często przy wysypkach kiłowych i zmiany w samym naskórku, które pielegent odnosi nie do kiły samej, ale do przyczyn, istniejących w samym naskórku. Przyczyną taką może być zakażenie naskórka drobnoustrojami ropnymi, które usadowione w naskórku tuż nad naciekiem kiłowym, a więc w miejscu już nadwerężonem, wywoływać mogą zmiany łatwiej. Za zdaniem tem przemawia obraz kliniczny, przekonywający, że wysypki krostkowe występują nietylko u osób schorzałych, ale także u osobników silnych, zresztą zdrowych, i obraz drobnowidowy, stwierdzający obecność drobnoustrojów.

Nasilenie zmian w naskórku nie odpowiada nasileniu tych zmian w skórze samej. Budowa krost i pęcherzyków jest taka sama, jak w tychże, z przyczyn zewnętrznych, bez obecności kiły powstałych.

W dyskusyi zabiera głos kol. Borzęcki, popierając wyniki badań kol. Krzyształowicza całym szeregiem prac, zacytowanych z dawniejszego i nowszego piśmiennictwa.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VI. Stan lekarski w Bułgaryi.

Jeśli porozumienie się lekarzy słowiańskich w Paryżu ma mieć jaką przyszłość, jeśli to zbliżenie się okolicznościowe ma doprowadzić do zespolenia usiłowań i kierunków naukowych i piśmienniczych, to przedewszystkiem należy się nam lepiej poznać, a właściwie obeznać się z warunkami, wśród których płynie umysłowe życie naszych pobratymców; ściśle mówiąc, potrzeba ta poznania się dotyczy dziś głównie lekarzy krajów bałkańskich. Korzystamy z nadesłanej nam odbitki z „Medicinskoj Biesiedy“, w której B. Efremenków, niezawodnie na podstawie osobistego zbadania i doświadczenia, skreślił stan sprawy zawodowo-lekarskiej w Bułgaryi.

„Na czele państwowego urzędu zdrowia w Bułgaryi stoi lekarz, bezpośrednio zależny od ministra spraw wewnętrznych. Jest on przewodniczącym w Radzie zdrowia, której członków mianuje minister według własnego wyboru. Zatem organizacya państwowa służby zdrowia w Bułgaryi jest pozbawiona wszelkiej niezależności, a że ekarze bułgarscy nie posiadają ogólnobułgarskiego Towarzystwa lekarskiego, przeto jedyną widomą głową stanu lekarskiego w Bułgaryi jest wyżej wspomniany lekarz-kierownik państwowego urzędu zdrowia (Direktor na graždanskata sanitarna direkcia). W r. 1895 istniał projekt zwołania Zjazdu lekarzy bułgarskich do Sofii, lecz zamiar upadł po części i z tego powodu, że w Bułgaryi jest wielu lekarzy cudzoziemców, a osobistości, dzierżące w tym kraju władzę, nieprzychylnie są usposobione dla obcokrajowców. Gdy raz w „Narodnom Sobranii“ jeden z posłów podniósł wyższość uzdolnienia lekarzy zagranicznych nad miejscowymi, wywołał ogólne oburzenie; w temże „Sobraniu“ poseł lekarz przeszkodził wniesieniu rządowego przedłożenia o stałych i uregulowanych umowach z lekarzami obcymi. Zapewne w celu odstręczenia lekarzy zagranicznych wydał Dyrektor państwowego urzędu zdrowia cyrkularz (r. 1895), w którym zalecał, ażeby przy nadawaniu posad lekarzom cudzoziemcom władze żądały od nich na piśmie zrzeczenia się prawa obrony, w razie zatargu, przez agencyę dyplomatyczną państwa, do którego lekarz należy; w innym znowu cyrkularzu (1896 r.) ta sama władza kierownicza zaleca urzędom podwładnym, ażeby lekarzom zagranicznym nie udzielały urlopów, gdyż „są umówieni tylko dla roboty“. Dr. Zeczew, kierownik sanitarny dyrekcyi, w urzędowem sprawozdaniu o lekarzach w Bułgaryi pisze: „nie jest rzeczą prawdopodobną, ażeby lekarz obcokrajowy pełnił sumiennie swoje obowiązki“; powodowany tą samą przewodnią myślą, by się raz uwolnić od zależności od uniwersytetów europejskich i lekarzy obcokrajowych, doradza Zeczew założenie w Sofii szkoły dla kształcenia ludzi, „mających pełnić obowiązki lekarzy powiatowych“.

Gdy więc w Bułgaryi panuje wysokiego stopnia uprzedzenie przeciw lekarzom cudzoziemcom, cóż wiemy o lekarzach krajowcach? Sprawozdanie urzędowe Dra Orachowaca tak się o nich wyraża: „zapoznanie spraw społecznych, brak wszelkiej jednomyślności i koleżeństwa, wreszcie niemożebne stosunki średniowieczne przyczyniają się do tego, że lekarz bułgarski nie posiada zaufania u ogółu i rządu“. Dr. Orachowac stoi odosobniony ze swojem zdaniem, a wybujały szowinizm bułgarski, który owładnął umysły w młodem księstwie, zarzuca mu, że tylko obce pochodzenie (Dr. Orachowac jest czarnogórcem) tłómaczy jego surowy sąd o lekarzach Bułgarach.

Efremenkow dopatruje przyczyny nizkiego poziomu stanu lekarskiego w Bułgaryi w dwóch czynnikach: w ich szowinizmie, oraz w niekontrolowanej gospodarce kierownika sanitarnego Dyrekcyi i jako środek zaradczy przeciw tak nieprawidłowym stosunkom zaleca założenie ogólnobułgarskiego Towarzystwa lekarskiego, wydawanie przez to Towarzystwo organu lekarskiego, wreszcie sądy honorowe“.

Z pracy p. Efremenkowa zreferowaliśmy tylko to, co nas bezpośrednio obchodzić może, opuszczając zbyt jaskrawe ilustracye gospodarki „kierownika państwowego urzędu zdrowia“. W Bułgaryi zatem jest jedna organizacya lekarska, urzędowa, a z ducha ustawy i samodzierżcza; dalszem następstwem tego stanu rzeczy jest zupełny brak zsolidaryzowania interesów stanu lekarskiego, — brak ciała z wyboru, strzegącego strony zawodowej i etycznej, wreszcie brak organu, któryby wyrażał niezależną opinię ogółu lekarskiego. Wiemy atoli zbyt dobrze, że naród bułgarski nie miał jeszcze czasu społecznie skrystalizować się, że po czterech wiekach niedoli, w ciągu lat 30 powstać może jednolita władza, lecz nigdy dojrzała organizacya społeczna; a jeśli tu przytoczyliśmy niektóre ujemności stosunków lekarskich w Bułgaryi, to jedynie dla zoryentowania się, abyśmy w razie dojścia do skutku zamierzonego zgrupowania się lekarzy słowiańskich mogli naprzód wiedzieć, ile każdy współczynnik wniesie z sobą zasobów i należycie zestosunkowanych warunków do równomiernie rozłożonej pracy.

A. K.

VII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba.*

9. Chirurgia żołądka.

Rydygier w odczycie swym prostuje przedewszystkiem błąd, jaki się wkradł niemal do wszystkich podręczników chirurgicznych, w których wymieniają metodę wycinania odźwiernika, podaną i udoskonaloną przez mówcę, pod nazwą metody Billrotha. Mówca przyszywał zawsze, z wyjątkiem swego pierwszego przypadku, dwunastnicę do wielkiej krzywizny żołądka, podczas gdy Billroth w swych dwóch pierwszych przypadkach przyszył dwunastnicę do małej krzywizny żołądka i dopiero później, bo w roku 1881, zmienił swoje pierwotne postępowanie, operując odtąd według metody mówcy. Metoda okrężna wycinania odźwiernika *(pylorectomia circularis)*, polegająca na zeszyciu końca dośrodkowego dwunastnicy z końcem obwodowym żołądka, powinna się nazywać metodą Rydygiera. Metoda Billrotha polega bowiem na tem, że się zamyka zupełnie koniec obwodowy żołądka i dośrodkowy dwunastnicy, a następnie robi się przetokę żołądkowo-jelitową (gastroenterostomia).

Technikę swej metody zmienił o tyle, że nie zakłada już trzech warstw szwów, jak to czynił pierwotnie, lecz tylko dwie warstwy, jak to podali Terrier i Hartmann. W końcu zestawia przypadki żołądkowe, operowane przez siebie w czasie od roku 1881 do dni ostatnich.

Eiselsberg (Królewiec) przedstawia statystykę operowanych przez siebie przypadków żołądkowych. W ciągu ostatnich $4\frac{1}{2}$ lat wykonał 161 operacyj na żołądku z powodu różnych cierpień tego narządu, z 42-ma przypadkami śmierci. Śmiertelność zatem wynosi 26%. W 35 przypadkach śmierć nastąpiła wskutek operacyi, w 7 istniało już przed operacyą zapalenie otrzewnej. Używa rękawiczek, które zmienia 5—6 razy podczas operacyi.

Hartmann (Paryż) wykonał w ciągu 4 ostatnich lat 81 operacyj żołądka, z 16-ma przypadkami śmierci. Na 20 przypadków wycięcia odźwiernika zmarło 5, na 40 przypadków, w których zrobił przetokę żołądkowo-jelitową, zmarło 8. Dwie operacye wykonał z powodu ostrego przebicia wrzodu żołądka, z tych jeden przypadek zakończył się pomyślnie, drugi zmarł. Dwa razy operował z powodu powolnego przebicia wrzodu żołądka, raz z powodu ropnia podprzeponowego, wychodzącego z żołądka, raz wykonał plastykę odźwiernika, 6 razy „gastrotomią“, raz „gastrorafię“ z „gastropeksyą“, 9 razy ograniczył się tylko do otwarcia jamy brzusznej. Operacyę „pylorektomii“ dzieli na dwa okresy. W okresie pierwszym wykonał 10 operacyj i miał 4 przypadki śmierci, w okresie drugim 10 operacyj, z jednym przypadkiem śmierci. Przyczynę większej śmiertelności w pierwszym okresie upatruje w mniejszej wprawie technicznej. Śmiertelność po „pylorektomii“ nie jest, zdaniem jego, większa od tejże po „gastroenterostomii“.

Maylard (Glasgow) radzi w przypadkach ciężkich i uporczywych przypadłości żołądkowych, gdzie leczenie środkami wewnętrznymi nie daje żadnych wyników, przedsiębrać wcześnie otwarcie jamy brzusznej, a także i żołądka, a to w celu ustalenia rozpoznania. Postępowanie to jest, zdaniem jego, zupełnie niewinne, a sprowadzić może rozpoznanie i późniejsze leczenie wewnętrzne na właściwe tory.

Segale (Genewa) podaje nowy sposób plastyki odźwiernika, dogodny w przypadkach znacznego zgrubienia jego ścian. Sposób ten polega na wytworzeniu dwóch płatów zapomocą cięcia krzywego, poprowadzonego na przedniej ścianie żołądkowo-dwunastnicowej.

10. Chirurgia wątroby.

Michaux (Paryż): *O wycinaniu woreczka żółciowego z uwzględnieniem bezpośrednich i późniejszych wyników.* Prelegent wykonał 50 operacyj na drogach żółciowych: 32 razy wyciął woreczek z powodu niepowikłanej kamicy żółciowej z 4-ma przypadkami śmierci; sześć razy zrobił nacięcie przewodu żółciowego wspólnego, połączone z wycięciem woreczka, w 3 przypadkach wystąpiły po operacyi napady sercowe, które po odpływie żółci ustąpiły. Przyczynę wydzielania się żółci na zewnątrz pomimo podwiązania przewodu woreczkowego, które trwało zwykle 3½ miesięcy, odnosi do dodatkowych przewodów *(vasa aberrantia)*. Wycinanie woreczka *(cholecystectomia)* daje lepsze, zdaniem jego, wyniki, niż nacinanie woreczka i wszywanie jego ścian w powłoki brzuszne *(cholecystostomia)*.

Reynès (Marsylia): *Kamica żółciowa z objawami zapalenia wyrostka robaczkowego. Śródwątrobna cholecystostomia.* Sześćdziesięcioletnia kobieta zachorowała wśród objawów nawrotowego zapalenia wyrostka robaczkowego. Wśród operacyi okazało się, że ropa, którą znaleziono około jelita ślepego, sięgała w górę aż pod dolną powierzchnię wątroby i przenikała tu rozległe zrosty, wytworzone między woreczkiem żółciowym a jelitami. Rozszerzono odpowiednie cięcie brzuszne i wykonano przez miąższ wątroby w kierunku woreczka żółciowego nakłócie, które wykazało, że się ma do czynienia z kamicą woreczka żółciowego. Nacięto wątrobę i przez jej miąższ wkroczono do woreczka, z którego, za pomocą łyżeczki, usunięto kamienie. Następowe leczenie polegało na sączkowaniu woreczka.

Jonesco (Bukareszt): *Leczenie chirurgiczne torbieli wodunkowych wątroby.* Za najlepszy sposób operowania torbieli wodunkowych uważa nacięcie torbieli, usunięcie treści i błony surowiczej, szew i sączek. Tamponada i wszywanie ścian torbieli w powłoki brzuszne są zbyteczne. Operował w ten sposób 6 razy, zawsze z dobrym wynikiem. W jednym przypadku średnica torbiela wynosiła 30 ctm.

Giordano (Wenecya). *Przyczynek do chirurgicznego leczenia ropni wątrobnych.* Operował 72 przypadki ropni wątrobnych. Choroba ta występuje, zdaniem jego, często u akoholistów i to w wieku między 30—50 rokiem życia. Ropa operowanych przez niego chorych była w 58·4% zupełnie jałową, w 20·7% zawierała amebowate twory, w 9·6% *bacterium coli* i inne ropne drobnoustroje. Próbne nakłócie nie ma żadnej wartości, należy zawsze robić laparotomię. Z jego 72 chorych 42 wyzdrowiało, a 30 umarło.

Hache (Bayreuth) uważa wolne nacinanie ropni wątroby za bardzo niebezpieczne, a to z powodu łatwo dołączającego się zapalenia ropnego otrzewnej, na które sam stracił dwóch chorych. Wyjątek stanowią przypadki z rozległymi zrostami. Za najlepszą metodę uważa szerokie nacinanie powłok brzusznych i wszywanie wątroby w ranę brzuszną po poprzedniem wykonaniu próbnego nakłócia, lub bez niego. Próbne nakłócie nie zawsze wykazuje ropę, pomimo, że ona jest obecną. Co się tyczy miejsca nacięcia, to radzi wybierać przestrzeń poniżej łuku żebrowego. Operował 49 przypadków z 7-mioma przypadkami śmierci.

Ségale (Genewa): *Nowy sposób tamowania krwotoków wątroby.* Jedynym i racyonalnym sposobem tamowania krwotoków po wycięciu kawałka wątroby jest stósowanie równomiernego i stałego ucisku. W tym celu poleca następujące postępowanie. Na nitkę katgutu nawleka się małe krążki z drzewa hebanowego lub kości słoniowej, a to celem otrzymania w ten sposób zupełnie giętkiej szyny. Po zeszyciu rany wątroby zakłada się wspomnianą szynę dookoła szwu w odstępie 1 ctm. od niego, przyciągając ją silnie zapomocą pętli katgutowych, przeprowadzonych w pewnych odstępach przez miąższ wątroby. Szyna ta wywiera odpowiedni i równomierny ucisk na powierzchnię zeszytej rany.

11. Chirurgia śledziony.

Jonesco (Bukareszt): *O wycinaniu śledziony (Splenectomia).* J. wyciął śledzionę w 32 przypadkach, 28 razy z powodu zimniczego, 3 razy z powodu białaczkowego jej powiększenia, raz zaś z powodu bąblowca. Na tej podstawie wypowiada następujące wnioski: białaczkowe powiększenie śledziony stanowi przeciwwskazanie do jej wycinania nawet wtedy, gdy stan miejscowy i ogólny są zadawalniające, albowiem wszystkie 3 jego przypadki, operowane z tego powodu, zmarły na białaczkę, bez jakichkolwiek innych powikłań. Zimnicze powiększenie śledziony jest wskazaniem do operacyi, ale po uwzględnieniu następujących przeciwwskazań: 1) marskość i zanik wątroby; 2) rozległe zrosty śledziony z otoczeniem; 3) znaczna ilość cieczy przesączynowej w jamie brzusznej; 4) zły stan ogólny i schorzenia trzew brzusznych. Małe powiększenie wątroby, mała ilość cieczy przesączynowej w jamie brzusznej, nawet bardzo znaczne wynędznienie, wiek chorych i wielkość śledziony nie są przeciwwskazaniami operacyi. Operacya jest tem łatwiejszą, im śledziona jest bardziej ruchomą. Uwalnianie zrostów sprowadza trudne do zatamowania krwotoki. Najczęstszemi powikłaniami pooperacyjnemi są: zapalenie płuc, zapalenie opłucnej, osierdzia, otrzewnej i następowe krwotoki. Leczniczy wynik po usunięciu śledziony zimniczo powiększonej jest znakomity. Napady gorączki ustają zupełnie, stan ogólny poprawia się nadzwyczaj szybko, charłactwo zimnicze nie wzmaga się, puchlina brzuszna ustępuje. Czterech operowanych widział po 4, 3½, 3 i 2 latach, wszyscy byli zupełnie uleczeni.

Michajłowski (Sofia) opisuje 16 przypadków, w których wyciął zimniczo powiększoną śledzionę i jeden przypadek, w którym usunął torbiel śledziony, powstały po urazowym krwotoku. I w jego przypadkach wyniki lecznicze były znakomite; z 16 operowanych umarł jeden na lewostronne zapalenie płuc. Ciąża nie stanowi, zdaniem jego, przeciwwskazania do operacyi; jedna z operowanych przez niego kobiet była w piątym miesiącu ciąży i wyzdrowiała bez żadnych powikłań w dalszym jej przebiegu. Używa zawsze cięcia w linii środkowej brzucha. Bezpośrednio po operacyi spostrzegał czasem wzniesienie ciepłoty, które odnosił do zapalenia płuc i opłucnej. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie organizacyi lekarzy galicyjskich.

Wobec zatwierdzenia statutu przez Wys. c. k. Ministerstwo jeszcze w lecie b. r., Komisya organizacyjna widzi się zmuszoną usprawiedliwić przed ogółem pp. Kolegów, dlaczego do dziś dnia Towarzystwo samopocy zawiązanem, a tem samem projektowana organizacya w czyn wprowadzoną nie została. Powodów na to złożyło się kilka. Po pierwsze: pora letnia, kiedy wielu kolegów zajętych jest praktyką w kąpielach, wydawała się większości Komisyi niekorzystną do rozpoczynania akcyi.

Po wtóre: ogół lekarzy w roku bieżącym zajęty był już to jubileuszem naszej wszechnicy, już to Zjazdem lekarskim w Krakowie, wreszcie Kongresem międzynarodowym w Paryżu.

Po trzecie: prawdopodobnie z powyższych przyczyn Koledzy z Krakowa i Lwowa, mimo dwukrotnego wezwania, nie zgłaszali się z zamiarem przystąpienia do Towarzystwa. Wobec tego, chociaż z prowincyi nadpłynęły dość liczne zgłoszenia, Komisya nie wie do dziś dnia, na jaką liczbę członków przyszłe Towarzystwo liczyć może, a jest to koniecznem, aby módz zwołać zgromadzenie celem ukonstytuowania się Towarzystwa. Koledzy krakowscy sądzą, że biorąc licznie udział w zebraniach przygotowawczych zaznaczyli już dostatecznie swój zamiar należenia do mającego zawiązać się Towarzystwa. Jest to mniemanie błędne, gdyż Komisya nie może pamiętać wszystkich kolegów, którzy w zebraniach tych, liczących nieraz po stu obecnych, brali udział, lecz musi mieć dokładną listę mających należeć do Towarzystwa. Przeto raz jeszcze zwraca się Komisya organizacyjna do wszystkich p. t. czytelników *Przeglądu lekarskiego*, którzy na mocy statutu mają prawo zostać czynnymi członkami (a więc do wszystkich lekarzy i chirurgów, osiadłych w Galicyi, na Śląsku i na Bukowinie) z uprzejmą prośbą, aby raczyli zgłaszać się listownie i to jak najrychlej do sekretarzy Komisyi: Dra Langiego (ul. Sławkowska, 31), lub Dra Słapy (ul. Kolejowa, 4).

Komisya, uważając obecną porę za najodpowiedniejszą, rozpoczęła już przerwane w lecie czynności i sądząc, że dalsza zwłoka narażałaby ją na pozornie słuszne zarzuty opieszałości, zwoła w najbliższym czasie, niezależnie od tego czy wpłyną dalsze zgłoszenia, zgromadzenie ogólne w celu zawiązania faktycznego Towarzystwa i dokonania wyboru zarządu, którego zadaniem będzie dalszą akcyą pokierować.

Równocześnie z zawiadomieniem o terminie tego zgromadzenia rozesłanym zostanie wszystkim Kolegom drukowany statut zawiązać się mającego Towarzystwa, aby nawet ci Koledzy, którzy nie znają dokładnie celu i planów Towarzystwa, mogli po zapoznaniu się z nimi łatwiej zdecydować się na przystąpienie. Raz jeszcze zwraca Komisya organizacyjna uwagę czytelników *Przeglądu lekarskiego*, że tylko tych Kolegów uważa za mających zamiar przystąpić do rzeczonego Towarzystwa, którzy to listownie na ręce sekretarzy wyrazili. Kolegom zaś, którzy dotychczas się nie zdecydowali, przysługuje prawo uczynić to każdej chwili, nawet w sam dzień ogólnego zebrania, o ile chcą brać udział w głosowaniu i obradach.

Kraków w listopadzie 1900.

Komisya organizacyjna.

W sprawie organizacyi lekarzy galicyjskich.

Jeden z Kolegów krakowskich, nieżyczący sobie być na razie wymienionym, nadesłał na moje ręce, wraz ze zgłoszeniem przystąpienia do organizacyi lekarzy galicyjskich, książeczkę powiatowej kasy oszczędności w Krakowie, Nr. 31,849, opiewającą na 200 koron, z napisem „Fundusz zaopatrzenia lekarzy w Krakowie“. — Ofiarodawca pisze:

„Darowuję tę książeczkę i przeznaczam na cel na niej wypisany. Do tej wkładki niech przybywają następne, jak najliczniejsze — i większe — i bardzo wielkie, w nieskończoność, dopokąd lekarza, zwłaszcza wolnopraktykującego i potrzeb ludzkich! Każdy z nas bez wyjątku, zostawszy lekarzem aż do śmierci, bez względu na własne korzyści zasilać ją, w miarę możności i mnożyć fundusz zaopatrzenia może — i ze względu na siebie i najbliższych swoich w ciężkiej dobie obecnej — powinien!“ —

Książeczkę tę przechowuję tymczasowo w depozycie, aż do chwili, gdy organizacya lekarzy galicyjskich zawiązaną zostanie, fakt zaś sam podaję do publicznej wiadomości pp. Kolegów, jako piękny, rozumny i najprędzej do celu prowadzący przykład samopomocy.

Kraków, dnia 8 listopada 1900.

Dr. Adam Langie.

Otrzymujemy następujące pismo:

W Nrze 44 *Przeglądu lekarskiego* z b. r., w dziale „Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie“ autor, podpisany „Miekra“, podaje do wiadomości przypadek, jaki miał miejsce w Niemczech, a tyczący się lekarza, którego sąd uwolnił, mimo, iż ten odmówił bez podania przyczyny wykonania sekcyi sądowej. Autor notatki identyfikuje przypadek ten z przypadkiem, roztrząsanym niedawno przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską. Gdy z treści notatki wynika zapoznanie przez autora różnicy, jaka zachodzi w odnośnych ustawach, przeto pozwalam sobie zabrać głos w tej sprawie.

Stanowisko lekarza w Niemczech, a w Austryi, jest w stosunku do ustawy zupełnie różne. Wykonywanie praktyki lekarskiej w Niemczech jest dozwolone tak lekarzom, jak i osobom zupełnie do tego nieukwalifikowanym, a więc partaczom, przyczem wykonywanie tej praktyki zależnem jest li tylko od woli lekarza, a obowiązanym on jest ustawą, czyli zmuszonym, do niesienia pomocy jedynie tylko w nagłych nieszczęśliwych wypadkach. Jeśli się nadto zważy, że do wykonywania praktyki sądowo-lekarskiej są przeznaczeni wyłącznie zawodowo wykształceni fizycy sądowi *(Medizinalbeamte)*, to zrozumiałem będzie, iż lekarz ów, postępując zgodnie z ustawą, musiał otrzymać wyrok uwalniający sądu.

Wprost przeciwnie przedstawiają się stosunki pod tym względem w Austryi. Wykonywanie czynności lekarskich dozwolone jest wyłącznie lekarzom, którzy dzięki posiadanym studyom uzyskali to prawo, a których tem samem bierze ustawa w opiekę przed wszelkiego rodzaju partaczami. Z drugiej znów strony musi lekarz, jeśli tylko urzędownie nie zgłosił, że praktyką się nie zajmuje, być posłusznym wezwaniu tak władzy, jak i strony prywatnej. Gdy zaś w Austryi do sprawowania urzędów lekarzy sądowych nie potrzeba niestety odrębnych jakich studyów lub egzaminu, gdy więc każdy lekarz uważanym jest za dostatecznie uzdolnionego do wykonywania praktyki sądowej, to jest on tem samem obowiązany wykonać na wezwanie sądu wskazaną mu czynność, chyba, że zdrowie jego, lub inna jakaś, rzeczywiście ważna przeszkoda, na to nie zezwala, czyli, że odmawiając bez dostatecznej przyczyny wezwaniu sądu, działa wbrew ustawie. — W przypadku, roztrząsanym przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską, postąpił sąd niewłaściwie, gdyż lekarz tylko z tego powodu nie był posłuszny wezwaniu sądu, iż nie chciał narażać zdrowia swego, a nawet życia, na poważne niebezpieczeństwo. Niewłaściwe postąpienie sądu oceniła Izba dosadnie.

Dr. Horoszkiewicz.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego w dniu 26 maja 1900 roku.

Obecni: prezes Łazarski, Dr. Ponikło, Dr. Walczyński i Dr. Trzebicky.

I. Przewodniczący zawiadamia, że został zaproszony na posiedzenie Komitetu obywatelskiego w sprawie Jubileuszu Uniwersytetu. Z powodu ważnych przeszkód udziału w posiedzeniu wziąć nie może, ale zastąpi go Dr. Trzebicky.

II. Na list Dr. D. donoszący o zaniechaniu praktyki, uchwalono odpowiedzieć, że zrzeczenie tego rodzaju należy adresować do c. k. Starostwa.

III. Wśród dalszych obrad nad porządkiem dziennym pełnej Izby postanowiono polecić uchwałę Wiecu Izb o Kasach chorych do przyjęcia, z wyjątkiem punktu 1.

IV. Na projekt nowej ustawy o Izbach lekarskich uchwalono zgodzić się w zasadzie, z wyjątkiem następujących miejsc:

w § 2 wierszu 3 opuścić „mit Ausnahme der activen Militärärzte“;

w § 2 ustępie 2 opuścić „oder welche von ihr in ehrenräthliche Untersuchung gezogen sind;“

w § 12 zaproponować co do ustępu 1-go zatrzymanie stanu dotychczasowego, normowanego dotąd obowiązującą ustawę.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego w dniu 4-go lipca 1900 roku.

Obecni: prezes Dr. Łazarski, Dr. Kohn, Dr. Walczyński i Dr. Trzebicky.

I. Udzielono zapomogi po 200 koron Dr. Ch. i Dr. Z. Jednego kolegę uwolniono od wkładek zaległych.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Wydziału Izby odbytego w dniu 17 września 1900 roku.

Obecni wszyscy członkowie Wydziału.

I. Udzielono zapomogi mech. Z. i wdowie po lekarzu T. K. po 50 koron, Dr. Ch. 200 kor.

II. Na prośbę Stowarzyszenia lekarzy w Bielsku i Białej o zatwierdzenie przedłożonej taryfy, uchwalono odpowiedzieć odmownie, gdyż Izba zasadniczo jest przeciwna uchwalaniu jakichkolwiek taryf za czynności lekarskie.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Rady honorowej odbytego w dniu 7 kwietnia 1900 roku.

Obecni wszyscy członkowie Rady.

I. Przewodniczący zawiadamia, że przesłał zażalenie mech. R. przeciw Dr. N. ostatniemu celem przysłania odpowiedzi.

II. Akta karne w sprawie Dr. L., oddano do referatu Dr. Trzebickyemu. W sprawie zażalenia c. k. Dyrekcyi poczt we Lwowie przeciwko Dr. B. uchwalono rozpisać rozprawę. Wskutek wzajemnych zażaleń Drów E. i T. uchwalono wdrożyć śledztwo przeciw Dr. T. (ref. Dr. Kohn). Koledze E. odpowiedziano na jego zapytanie, że Izba nie doradza ogłaszania otwartego listu przeciwko Dr. D., gotowa jednak na żądanie Dr. E. wytoczyć śledztwo przeciw Dr. D.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Rady honorowej odbytego w dniu 21 kwietnia 1900 roku.

Obecni: prezes Dr. Łazarski, Dr. Ponikło, Dr. Kohn i Dr. Trzebicky.

Odbyła się rozprawa przeciw Dr. B., który się do niej nie stawił. Udzielono mu ostrzeżenie za niewłaściwy sposób pisania do c. k. Dyrekcyi poczt we Lwowie.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Rady honorowej odbytego w dniu 21 kwietnia 1900 roku.

Obecni: prezes Dr. Łazarski, Dr. Ponikło, Dr. Walczyński i Trzebicky.

I. Sprawę Dr. E. przeciw Dr. D. oddano do referatu Dr. Walczyńskiemu.

II. W sprawie przeciw Drom G. i L. uchwalono rozpisać rozprawę.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Rady honorowej odbytego w dniu 4-go lipca 1900 roku.

Obecni: prezes Dr. Łazarski, Dr. Kohn, Dr. Walczyński i Dr. Trzebicky.

I. Odbyła się rozprawa przeciw Dr. G., który stanął do niej osobiście wraz z Dr. H. jako mężem zaufania. Uchwalono, że Dr. G. ubliżył godności stanu lekarskiego przez to, że zachowaniem swojem spowodował postępowanie sądowe, które zakończyło się skazaniem go na ścisły areszt 8 dniowy — i udzielono mu nagany (Ref. Dr. Trzebicky).

II. Dr. L. do rozprawy przeciw niemu rozpisanej nie stanął. Uchwalono, że Dr. L. uchybił powadze stanu lekarskiego tem, że postępowaniem swojem doprowadził do rozprawy sądowej, która zakończyła się skazaniem go na areszt 5 miesięczny — i udzielono mu nagany. (Ref. Dr. Trzebicky).

III. Przeciw Dr. N. uchwalono na wniosek referenta (w zastępstwie Dr. Trzebicky) rozpisać rozprawę i wezwać skarżącego mech. R. by się do niej również stawił.

IV. Dochodzenie przeciw Dr. T. uchwalono odstąpić Izbie wschodnio-galicyjskiej.

V. W sprawie sporu między Drami E. i D. uchwalono na wniosek referenta (Dr. Walczyński) nie wkraczać przeciw Dr. D. dla braku powodu ku temu.

VI. W sprawie Dr. K. przeciw Dr. U. uchwalono większością głosów zapytać się zwierzchności gminnej w miejscu pobytu tych kolegów, kto obecnie pełni obowiązki oglądacza bydła i czy Dr. U. na posiedzeniu Rady gminnej obowiązał się stale pełnić tę funkcyę w razie, gdyby się nikt inny nie zgłosił.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 15 listopada 1900.

Otrzymujemy list następujący:

Szanowna Redakcyo!

Z powodu zamieszczonego w Nrze 44 *Przeglądu lekarskiego* listu doc. Dra I. Lembergera, oraz spowodowanych tym listem wyjaśnień Szanownej Redakcyi, mamy zaszczyt podać następujące uwagi.

Dnia 2-go listopada, a więc niezależnie od pomienionego listu miało miejsce w Zakładzie do badania środków spożywczych porozumienie się urzędników tego Zakładu, w celu ułożenia projektu rozporządzenia, dotyczącego handlu mlekiem w Krakowie. Niżej podpisani wzięli na siebie zreferowanie tej sprawy za porozumieniem się z chemikiem miejskim.

Zaznaczywszy to, uważamy za konieczne wyjaśnić: 1) że ustawa, dotycząca handlu mlekiem, a wydana przez państwo, może być nakreślona tylko w ogólnych zarysach, ponieważ normy, odnoszące się do odsetka tłuszczu w mleku, oraz kwasowości mleka, lub też zawartości tłuszczu w śmietanie i t. d., muszą być dla rozmaitych części państwa, ba nawet dla miast oddzielnych, rozmaite, a to ze względu na warunki miejscowe; 2) że pomimo to Zakład nasz nie omieszka podjąć się w tym kierunku inicyatywy; 3) że oddzielne gminy mają prawo, a z natury rzeczy obowiązek, wydawać rozporządzenia, regulujące handel i wytwarzanie środków spożywczych w obrębie gminy; 4) że takie rozporządzenia bywają wydawane we wszystkich większych, a często mniejszych, miastach Europy; 5) że zatem władze miejscowe w Krakowie są istotnie w pierwszym rzędzie powołane do tego, aby wydać rozporządzenie, określające w ramach ustawy z d. 16 stycznia 1896, sposób urządzenia i utrzymywania lokalów sprzedaży nabiału, jego przechowywania w handlach, oraz na rynku, a również normy dla mleka, śmietanki i masła; 6) że nam chodzi jedynie o współdziałanie, czego dowodem jest plan wspólnego opracowania dla Krakowa wspomnianego projektu rozporządzenia, dotyczącego nabiału.

Zdaniem naszem ustawa sama nie poprawi jeszcze mleka krakowskiego, jeżeli miasto nie stworzy sprężystej i energicznej kontroli targowo-sanitarnej. Dotychczasowa stanowczo jest niedostateczna, chociaż ją pełni chemik miejski, znany z pilności i sumienności; — posada komisarza dotychczas nieobsadzona, a funkcyę jego spełnia zastępca z pomocnikiem, obarczeni aż nadto sprawami porządku i administracyi. Żądanie, by chemik miejski osobiście kontrolował mleko na targu, jest niestósownem, raz, że do tego nie potrzeba wcale specyalnych wiadomości z chemii i zupełnie dobrze kontrolę tę spełniać może człowiek z wykształceniem średniem, obeznany z odnośnymi przyrządami, odwołujący się w wątpliwych przypadkach do chemika miejskiego, a powtóre dlatego, że jeden człowiek tego dokonać nie może mimo największej pilności. — Jakiejże to kontroli podlega mleko, wprowadzane do miasta przez kobiety wiejskie i dwory okoliczne, a roznoszone po domach? Ilość tego przekracza kilka razy tę, którą sprzedaje się na targu i w mleczarniach: — tej chemik miejski nie widzi. Skuteczność kontroli sprzedawanego mleka, jak tego dowodzi statystyka miast o dobrej kontroli, zależy nie tyle i nie tylko od fachowości organu kontrolnego, ile od ilości tych organów. A więc więcej kontroli, liczniejsza niech będzie, choć nietyle fachowa, a fałszerstwo i niedbalstwo na targu mlecznym w Krakowie bardzo znacznie zmaleje! Czyż może brak ludzi do tego celu w magistracie? Nie — boć oto przed kilku miesiącami ukończyło 2 urzędników tego magistratu kurs dla komisarzy targowych; nabyli oni dla kontroli targowej produktów spożywczych dostatecznie wiadomości i wprawy. Dlaczegoż zatem nie użyć ich do tego celu?

Na jedną jeszcze rzecz pragnęlibyśmy zwrócić uwagę: okoliczność, utrudniająca kontrolę przez publiczność i organa kontrolne sprzedawanego mleka, polega na braku napisów, nieruchomo umieszczonych na naczyniach, któreby objaśniały kupujących o zawartości tych naczyń. Wtedy nie byłoby tego wielkiego niestosunku między ilością urzędownie napotkanych sfałszowań, a skargami publiczności. Na potrzebę napisów tych zwracali już przed kilku laty uwagę prof. Bujwid i ówczesny chemik miejski, prof. Jentys.

Reasumując uwagi nasze we wnioskach praktycznych, uważamy za wskazane do poprawy w Krakowie sprzedawanego mleka wprowadzenie następujących zarządzeń urzędowych:

1. Przedewszystkiem obowiązkowych, niedających się zdejmować napisów na naczyniach z określeniem jakości mleka.

2. Ustanowienia kilku rzeczywistych komisarzy targowych nie do czynności biurowej, lecz stałej na targu, w mleczarniach, na rogatkach, przez które najwięcej mleka przechodzi do Krakowa i na ulicach miejskich.

3. Ustawowego określenia własności normalnych mleka, przeznaczonego dla Krakowa.

Z prawdziwym szacunkiem

A. Wróblewski. *Dr. Leonard Bier.*

* Wiec lekarzy okręgowych odbył się jak to było zapowiedziano dn. 10 b. m. we Lwowie. Zjechało się 44 lekarzy. W wiecu wzięli udział: protomedyk radca Dr. Merunowicz i krajowy inspektor sanitarny Dr. Barzycki; ze strony zaś Wydziału krajowego: inspektor szpitali Dr. Stella-Sawicki i prowadzący referat lekarzy okręgowych p. W. Słomkowski. Referaty wygłosili Drowie: Ustrzycki, Bednarski i Zasacki. Po wyczerpującem omówieniu spraw będących treścią i celem wiecu, wybrano Komitet, złożony z 5 członków, do którego weszli Drowie: Natter, Ferensiewicz, Ustrzycki, Zasacki, Bednarski oraz zastępcy: Cieszewski i Rokossowski. Zadaniem tego Komitetu będzie zajęcie się opracowaniem uchwał, powziętych w kierunku zmiany i uzupełnienia niektórych postanowień instrukcyi służbowej, oraz petycyi do Wydziału krajowego i Sejmu o polepszenie płac i zabezpieczenie na starość. Obradom przewodniczył Dr. W. Natter z Frysztaka.

* Dnia 10 b. m. odbył się we Lwowie wykład habilitacyjny Dr. Adama Sołowija, w celu uzyskania stopnia docenta położnictwa i ginekologii.

* Ministeryum spraw wewnętrznych w Austryi, zakazało w granicach państwa sprzedaży przyrządów Bretschneidera z Hamburga, mających służyć do zapobiegania poczęciu, oraz elektro-homeopatycznych środków leczniczych Sautersa.

* W Wiedniu istnieje Stowarzyszenie lekarskie, założone przed sześciu miesiącami, które pobiera] od swych członków od 3 do 6 zlr. rocznie. a za to w razie śmierci jednego z nich, wypłaca rodzinie tyle złr., ilu jest członków tego Stowarzyszenia. Pomimo że organizacya ta trwa dopiero od pół roku, Stowarzyszenie wypłaciło już dwom rodzinom po 1000 koron; czwarta część lekarzy wiedeńskich wpisała się już do tej organizacyi.

* Według obecnie obowiązujących ustaw w Rosyi, Dr. medycyny cudzoziemiec, pragnący nabyć prawa praktyki lekarskiej w tem państwie, obowiązany jest zdać egzamin na stopień lekarza, przyczem zwalnia się go od przedłożenia świadectwa dojrzałości, oraz od absolutoryum z odbytych 10 półroczy studyów, a przy egzaminie wolno mu posłużyć się językiem łacińsktm lub innym europejskim, zwyczajnie w takich razach przyjętym. W ostatnim czasie rozesłał minister oświaty do wszystkich wydziałów lekarskich w Rosyi następujące zapytanie: „czy nie należałoby od zagranicznych doktorów medycyny, którzy pragnęliby praktykować w Rosyi, wymagać równych i takich samych warunków i obowiązków przy składaniu przez nich egzaminu, jakich się wymaga od obywateli rosyjskich.?“ (Kazanskij Telegraf 20—X).

* Warszawskie Towarzystwo hygieniczne wydało drugi nakład broszurki »Kąpiele dla robotników,« ogłoszonej przed rokiem przez lekarzy i techników łódzkich.

* Trzeci i czwarty zeszyt wydawnictwa „L'Année chirurgicale,“ opuściły prasę. Przypominamy, że Dr. Pani Józefa Joteyko (Bruxelles r. de l'Arbre Bénit 51) jest sprawozdawczynią z piśmiennictwa polskiego i że pod jej adresem należy wysyłać prace polskie z zakresu chirurgii.

* Paryżanie, jak wiadomo, czerpią do wodociągów wodę z Sekwany i zapewne wskutek lichego urządzenia sączków (filtrów), mają od dłuższego już czasu endemię duru brzusznego. Obecnie tygodniowo zapada na tę chorobę 100 osób, z których 20 umiera. W ciągu ubiegłych 40 tygodni 1900 r. zachorowało na dur w Paryżu osób 4192; z tych zmarło 729.

* Paryzkie czasopismo „Journal de medicine de Paris“ z 26-go sierpnia zostało skonfiskowane z powodu artykułu w wysokim stopniu obrażającego moralność.

Mianowania i odznaczenia. Cesarz nadał prof. lwowskiemu Dr. Henrykowi Kadyemu tytuł Radcy Dworu, Dr. F. A. König mian. został prof. nadzw. w Berlinie, Dr. N. S. Aliwisatos mian. nadzw. prof. patologii chirurgicznej w Atenaach.

Nekrologia. Dr. Stetter, profesor chirurgii, zmarł w Królewcu, w 52 r. życia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Postępie Okulistycznym* (październik) Dr. Cetnarowicza S.: Leczenie jaglicy. Dr. Talki I.: Meningocele intraorbitalis posterior. Dr. Bednarskiego A.: Dalsze dwa przypadki zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki. W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 11 Dunina T.: Słówko w sprawie analiz moczu. Kramsztyka Z.: Felczerzy w szpitalu. Dunina T.: O potrzebie reformy naszej prasy lekarskiej. Wizla A.: Stosunek psychologii do psychiatryi. Peszkego I.: O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem. W *Czasopiśmie Lekarskiem* Nr. 11 Dr. Świąteckiego I.: Przyczynki do kazuistyki złamań czaszki (dok.) Dr: Dreckiego F.: Dane o szczepieniu ospy w pow. kaliskim w r. 1899. Dr. Sonnenberga E.: Granice władzy zawodowej lekarza ze stanowiska prawa i etyki (dok.). Dr. Rosenthala H.: Tyfus brzuszny w szpitalu fundacyi małżonków Poznańskich w Łodzi w latach 1897, 1898 i 1899. W *Nowinach Lekarskich* Z. 21. Dr. Rychlińskiego K.: Środki ku powstrzymaniu alkoholizmu. Dr. Sędziaka I.: Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w cierpieniach zakaźnych (dok.) W *Medycynie* Nr. 45 Dr. Grosglika A.: Spostrzeżenia nad działaniem protargolu w rzeżączce przedniej cewki. Grudzińskiego Z.: Przypadek tężyczki. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 45 Zielińskiego E. W.: O zboczeniach w budowie ciała suchotników. Kopczyńskiego St.: Przypadek bezładu dziedzicznego, czyli t. zw. choroby Friedreicha.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Krokiewicz A.: Zur Behandlung der Lungentuberculose mit intravenösen Hetolinjectionen nach Landerer (Odbitka z »Wiener klin. Wochenschrift« Nr. 40, 1900).

— Tenże: Dalsze przypadki tężca urazowego, leczone wstrzykiwaniami podskórnemi zawiesiny mózgowej (Odbitka z „Gazety Lekarskiej,“ 1900).

— Tenże: To samo po niemiecku (Odbitka z „Wien. klin. Wochenschrift“ Nr. 32, 1900).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 21 b. m. o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem mówić będą: 1) kol. dr. Stankiewicz Wiktor: „O leczeniu zmian zapalnych okołomacicznych“; 2) kol. doc. Seńkowski Michał: „O budowie i syntezach ciał ksantynowych“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 171.

KONKURS

Na posadę Asystenta przy katedrze fizyologii Uniwersytetu lwowskiego. Posada ta nadaną zostanie na dwa lata, mianowicie od 1 stycznia 1901 do końca grudnia 1902 r. Z posadą łączy się remuneracya w kwocie 1400 koron rocznie oraz wolne mieszkanie.

Podania wnosić należy do Dziekanatu Wydziału lekarskiego lwowskiego do dnia 30 listopada 1900 r.

We Lwowie dnia 6 listop. 1900.

Dziekan Wydziału lekarskiego

Mars.